

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THESE

N°

657

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Robert CHABRUT

né le 2 octobre 1899 à Versailles

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'anatomie à la Faculté de Médecine

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

TUBERCULOSE ILÉO-CŒCALE

Président : M. Henri HARTMANN, Professeur.

PARIS

LIRRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1926

Année 1926

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Robert CHABRUT

né le 2 octobre 1899 à Versailles

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'anatomie à la Faculté de Médecine

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

TUBERCULOSE ILÉO-CŒCALE

Président : M. Henri HARTMANN, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SIGARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
	MARFAN
	NOBÉCOURT
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies infectieuses	HARTMANN
	LEJARS
Clinique chirurgicale	GOSSET
	TERBIEN
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique urologique	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	JEANNIN
	J.-L. FAURE
Clinique gynécologique	OMBRÉDAN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	AQUEZ
Clinique thérapeutique médicale	SEBILÉAU
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGEANT
Clinique propédeutique	ROUVIÈRE
Professeur sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHT Filis	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERRER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
LOÉPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.



Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MON BEAU-PERE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE

- 1917 M. le Professeur ALBERT ROBIN.
1919 M. le Professeur A. GILBERT.
1919 M. le Professeur H. HARTMANN.

EXTERNAT :

- 1920-21 M. le Docteur AUCLAIR.
1921-22 M. le Professeur H. HARTMANN.

INTERNAT :

- 1922-23 M. le Professeur agrégé A. SCHWARTZ.
1923-24 M. le Professeur F. LEJARS.
1924-25 M. le Professeur H. HARTMANN.
1925-26 M. le Professeur agrégé Ch. LENORMANT.

A M. le Professeur agrégé J. OKINCZYC.

A Messieurs les Docteurs BERGERET, BOPPE, P.
BROCQ, CADENAT, GATELLIER, GOUVERNEUR,
P. MOURE, SEJOURNET, SORREL.

A M. le Professeur agrégé H. ROUVIERE,
Chef des Travaux Anatomiques

INTRODUCTION

Ce travail a pour but l'étude des résultats obtenus par le traitement chirurgical de la tuberculose iléo-cœcale.

On trouve, dans la littérature, de nombreux travaux sur cette variété de tuberculose. Depuis 1891, date de la communication où Hartmann et Pilliet (1), les premiers, décrivirent la « typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région », beaucoup d'auteurs ont écrit sur la question. Parmi tous ces travaux, il en est cependant peu qui soient consacrés aux résultats du traitement.

Et cela n'est pas étonnant, car la tuberculose iléo-cœcale est une affection qui, sans être rare, n'est cependant pas fréquente ; à tel point que peu de chirurgiens, même d'une grande activité, en ont vu un grand nombre de cas. Aussi les statistiques que l'on trouve en général

(1) *Hartmann et Pilliet*. — Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région. (B. Soc. Anat. 3 juillet 1891, p. 471.)

ne sont-elles, le plus souvent, que la compilation de cas isolés, publiés par divers auteurs.

Certaines sont très importantes, par le nombre de cas qu'elles englobent, mais toutes pèchent par la base : toute statistique hétérogène ne donne qu'une idée fausse de la réalité, car il est évident que les auteurs ont une tendance toute naturelle à publier leurs cas favorables, sans parler des autres.

On trouve, cependant quelques publications où tous les cas opérés par un même chirurgien sont réunis. Ces statistiques ont une valeur bien plus grande que les précédentes. Malheureusement, elles ont habituellement un défaut, qui tient à la rareté relative de la tuberculose iléo-cœcale : c'est qu'elles portent sur un nombre de cas très restreint. Les résultats en sont, par conséquent, trop influencés par les séries, heureuse ou malheureuses, dont tous les opérateurs connaissent l'existence.

Dans ces conditions, il nous a semblé intéressant de rechercher, dans les observations de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, tous les cas de tuberculose iléo-cœcale opérés. L'énorme quantité de documents accumulés pendant toute la carrière de M. le Professeur Hartmann nous a permis d'y trouver un grand nombre de cas, tous opérés par lui ou par ses élèves. Son assistant, M. le Professeur agrégé Okinczyc a bien voulu nous donner aussi quelques observations. En tout, nous possédons 46 cas, chiffre de beaucoup supérieur à celui de toutes les statistiques intégrales que nous connais-

sons. Nous avons recherché ce qu'étaient devenus les malades opératoirement guéris ; nous avons été assez heureux pour en retrouver le plus grand nombre, ce qui nous permettra de donner, en même temps qu'une *statistique intégrale*, l'exposé des *résultats éloignés* du traitement chirurgical.

NATURE DU TRAITEMENT

Les opérations dirigées contre les lésions de la tuberculose iléo-coëcale ont été les suivantes :

1°) *Résection*, avec rétablissement de la continuité de l'intestin par anastomose iléo-colique.

Cette conduite a été tenue dans 40 cas. L'anastomose iléo-colique a toujours été latéro-latérale, sauf dans 3 cas. Dans ces conditions, nous ne tiendrons pas compte de ce détail de technique dans l'appréciation des résultats.

2°) *Exclusion* des parties d'intestin malade :

Unilatérale : 3 cas ;

Bilatérale : 1 cas.

Dans le cas traité par exclusion bilatérale, on fit, quelques jours plus tard, la résection des parties exclues. Il s'agissait d'une tuberculose fistulisée à la peau.

Il faut enfin ajouter un cas très complexe, qui fut d'abord traité par résection. Quelques années plus tard, survint une fistule pyostercorale, contre laquelle

on fit une exclusion unilatérale. Enfin, dans un troisième temps et à cause de reflux stercoral persistant par la fistule, on transforma l'exclusion unilatérale en bilatérale.

En ajoutant ces deux exclusions aux cas déjà indiqués, nous obtenons :

Exclusions unilatérales : 4 cas ;

Exclusions bilatérales : 2 cas.

3°) Enfin, on s'est borné à la simple *laparotomie exploratrice* dans 3 cas.

CHAPITRE I

ÉTUDE DES RÉSULTATS IMMÉDIATS MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Nous étudierons séparément les résultats obtenus :

- 1°) Par les résections iléo-cœcales ou iléo-cœco-coliques ;
- 2°) Par les divers modes d'exclusion de l'intestin ;
- 3°) Par la simple laparotomie.

I. - Résections

La résection a été faite 40 fois, — en y comprenant une résection partielle du fond du cœcum, pour appendicite tuberculeuse propagée (N° 25.736). — Nous avons réuni ces 40 cas dans le tableau n° 1 pages 42 et 43.

Ces 40 résections ont donné 10 morts immédiates. Nous entendons par là celles qui ont eu lieu avant que le malade ne sortît de l'hôpital. Cela fait une mortalité opératoire de 25 %, dans laquelle nous comprenons quelques cas qui ont survécu un certain temps à l'opération, un plus de 2 mois, exactement 71 jours.

Nous pouvons comparer ce résultat avec ceux que les divers auteurs ont publiés. Rappelons d'abord les statistiques hétérogènes :

Conrath (1) sur une base de 60 cas, trouve une mortalité opératoire de 18,3 %.

Brunner (2) sur une base de 125 cas, trouve une mortalité opératoire de 24,8 %.

Campiche (3) sur une base de 154 cas, trouve une mortalité opératoire de 20,12 %.

d° de 1900 à 1905, sur une base de 50 cas, trouve une mortalité opératoire de 14 %.

Alglave (4) sur une base de 50 cas, trouve une mortalité opératoire de 14 %.

Alglave (5) sur une base de 221 cas, trouve une mortalité opératoire de 9,5 %.

Hartmann (6) sur une base de 147 cas, trouve une mortalité opératoire de 21 %.

(1) V. Conrath — Über die locale Kronische Cœcumtuberkulose und ihre Chirurgische Behandlung. *Beitr. z. Klin. Chir.* 1898. Bd. 21, p. 66.

(2) C. Brunner. — In *Deutsche Chir.* Bd 46, E. Trub. Aktinomyose Syphilis des Magen Darmkanals.

(3) Campiche. — Über die bisherigen Resultate, etc... *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.* 1905 Bd. 80, p. 495.

(4) Alglave. — Etude sur le traitement chir. de la tuberculose du segm. iléo-cœc. et append. *Revue de Gynécologie et de Chir. abd.* 1910, p. 19. 155, 333, 425.

(6) H. Hartmann. — Les formes chirurgic. de la tub. iléo-cœcale. *Revue de Chir.* 1907, p. 170.

Nous avons déjà dit ce que nous pensions de la valeur de ces statistiques, que nous n'indiquons que pour mémoire.

D'autres auteurs ont publié des statistiques intégrales, mais en général, de peu d'importance. Certaines pourtant comprennent un nombre de cas assez important. En nous tenant à celles qui font état d'au moins 10 cas, nous pouvons citer :

Czerny (1) 25 cas réséqués. 28 % de mortalité.

Mikulicz (2) 16 cas réséqués. 3 morts = 18,75 %.

Caird (3) 29 cas réséqués. 9 morts = 31,03 %.

Wölfler (4) 10 cas réséqués. 1 mort = 10 %.

Garré (5) 10 cas réséqués. 1 mort = 10 %.

Goullioud (6) 21 cas réséqués. 2 morts = 9,52 %.

Lecène (7) 14 cas réséqués 1 mort = 7,14 %.

Shiota (8) 12 cas réséqués, 0 mort.

(1) et (2). — Cités par Shiota.

(3) Caird. — Intestinal Tuberculosis. *Edinburgh Med. J.* 1^{al}. Fév. 1921.

(4) In *Rubesch*. — Ein Betrag. z. operativen Behandl. der Tuberkulose des Dünn und Dick Darmes. *Beit. z. Klin. Ch.*

(5) In *H. Els.* — Zur Kenntniss der ileo-cœcal Tub. *Beitrage z. Klin. Ch.* 1909. Bd 63, p. 574.

(6) In *Th. Perreve*. — Des résultats éloignés des entérectomies pour tuberculose iléo-cœcale. *Lyon* 1920.

(7) *Thérapeutique chirurgicale*, t. III, p. 243.

(8) *Shiota*. — Zur. Path. und Therapie der tumorbildenden stenosierenden ileo-cœcal Tuberkulose. *Arch. für Klin. Chir.* 1908, Bd 87, p. 982.

La moyenne de tous ces pourcentages, le nôtre compris, est de 15,49 %.

La résection a été employée le plus fréquemment possible. On en a reculé les indications jusqu'à l'extrême limite, puisque 40 fois sur 46, elle fut réalisée, soit dans 86,9 % des opérations. Ce pourcentage est supérieur à celui de la plupart des auteurs. Cela revient à dire que, dans nos observations, existent des cas où, à cause des difficultés techniques, beaucoup de chirurgiens auraient fait une laparotomie exploratrice ou une exclusion, et où cependant on fit une résection.

Cela est évident quand on compare notre pourcentage de résections avec celui des autres statistiques (1).

Conrath 86 opérations, 60 résections = 69,76 %.

Campiche 279 opérations 146 résections = 52,3 %.

Mikulicz 20 opérations, 16 résections = 80 %.

Czerny 41 opérations, 25 résections = 61 %.

Shiota 64,3 %.

Et, sans doute, cette extension des limites de la résection est-elle responsable de notre mortalité opératoire un peu élevée.

Après avoir vu quels sont les résultats des autres modes de traitement chirurgical, nous verrons s'il est légitime, même en présence de cas très difficiles, de toujours s'efforcer ainsi de réséquer les lésions.

(1) Ce tableau est emprunté à Shiota. *Arch. f. Kl. Ch.* 1908, Bd 87, p. 1.040.

Examen des causes de mort

Voici les suites opératoires des opérés qui ont succombé à la suite de l'opération.

OBSERVATION A. — Ce malade, tuberculeux pulmonaire, ayant maigri d'une façon considérable dans les jours qui précéda l'opération (3 kgs. 1/2 en 17 jours), n'a pu en faire les frais. Aucune faute de technique n'a été commise. Le malade a uriné seul, il n'a pas vomi, mais le lendemain de l'opération, il a eu 36°8 avec 126 pulsations — le soir 36°2 avec 150 pulsations. Le surlendemain, 38°9 avec 152 pulsations. Mort. L'autopsie n'a pas montré de cause de mort provenant de l'opération. Nous pensons donc que c'est au choc opératoire que la mort doit être due, et nous nous demandons, si connaissant l'état général précaire du malade, il n'aurait pas été indiqué de l'opérer en deux temps.

OBSERVATION 2.082. — Le malade semble avoir été très fatigué par l'opération. Le soir 36°6 avec 110 pulsations.

Le lendemain, 28 novembre : très pâle, température 38° et 38°7, pouls 144 — uriné une fois.

Le 29, gaz par l'anus, urines 500 gr. température 38°1, 38°3. Dans le pansement, un peu de sang noirâtre en caillots.

Le 1^{er} décembre : lavement et garde-robe.

Le 2 décembre : 37°8-38°6 — Suintement noirâtre par le drain.

Le 5 décembre : Muguet léger, coliques, 38°4-38°6.

Le 6 décembre : Purgation. Matières dans le pansement, 38°6-39°4.

Le 7 décembre : Souffle à la base droite. Matité. Conservation des vibrations. 38°6-40°.

Le 8 décembre : Mort, sans ballonnement du ventre. Dyspnée progressive.

La cause de la mort fut ici une pneumonie.

OBSERVATION 10551. — Les 3 premiers jours, régurgitations acides, contre lesquelles on fait, à partir du 3^e jour, des lavages d'estomac. Elles cessent à partir du 7^e jour.

Les 6 et 7^e jours, diarrhée abondante, on donne du képhir.

Le 8^e jour, matières pâteuses, mais la diarrhée reprend, très abondante, les jours suivants, malgré l'administration d'eau albumineuse et d'élixir parégorique. — Elle ne s'arrête que le 14^e jour. — Cette diarrhée ne s'accompagne pas de fièvre.

Le 13^e, on a ouvert, au niveau de la cicatrice, une petite collection fétide.

Le 16^e, la malade, très faible, meurt dans l'après-midi.

En l'absence d'autopsie, il est difficile d'affirmer la cause de la mort. Toutefois, chez cette malade, très anémiée (V. examen de sang à l'observation) et très amaigrie, la diarrhée abondante, durant 8 jours consécutifs, nous semble suffisante pour l'amener. Si on veut bien noter que, avant l'opération, la malade présentait déjà « de la diarrhée abondante, souvent sanguinolente, avec des peaux sanglantes », on pensera qu'elle devait être dans un état de déshydratation avancée au moment de l'opération.

OBSERVATION 14.846. — Ce malade a présenté, à partir du 5^e jour après l'opération, un écoulement stercoral par sa plaie. Cet écoulement a dérivé la totalité des matières

jusqu'au 55^e jour, car ce n'est qu'à cette date que le patient eut une selle par l'anüs.

Dans l'observation, il est noté que la résection terminée, on s'aperçut, au moment de pratiquer l'anastomose, de l'existence d'un rétrécissement du grêle et de granulations péritonéales à 50 cm. au-dessus de la section du petit intestin. Pour ne pas allonger l'opération, on ne fit pas la résection de cette partie malade et on s'en tint à anastomoser l'iléon avec le sigmoïde, au-dessus du rétrécissement. — il subsistait, par conséquent, au-dessous de l'anastomose, un cul-de-sac long de 50 cm. — Il est certain que la suture terminale de ce cul-de-sac a lâché, dérivant ainsi tout le contenu intestinal, et formant un anus sur le grêle. Le malade a succombé le 71^e jour.

Cet accident eût été évité si l'on avait procédé à un examen plus complet des lésions, après l'ouverture du ventre. Il eût été facile de réséquer le segment de grêle malade avec la tumeur cœcale.

OBSERVATION 16.030. — Chez cette malade, il s'agissait de lésions hypertrophiques très étendues sur le colon, puisqu'on dût réséquer l'iléo-cœcum, les colons ascendant et transverse, et même la partie supérieure du colon descendant. Elle mourut le lendemain de l'opération, avec un pouls incomptable et 40° de température. Nous pensons que cette mort doit être mise sur le compte du choc opératoire.

OBSERVATION 19.128-20.063. — Le décès eût lieu le 3^e jour après l'opération. L'autopsie ne pût être faite. La feuille de température donne les indications suivantes : 38 et 38°2 le 1^{er} jour, avec 140-130 pulsations, et le second jour, 37-37°5 avec 120-150 pulsations. Il semble que ce malade, tuberculeux pulmonaire, n'ait pu faire les frais du choc opératoire.

OBSERVATION 22.016. — Décès le 4^e jour, après avoir présenté de l'ictère. A l'autopsie : cellulite iliaque et péritonite purulente. Il convient de noter qu'au cours de l'opération, on avait ouvert une petite collection suppurée en arrière du cœcum. Il semble que ce soit là la source de l'infection, car les sutures étaient parfaitement étanches.

OBSERVATION 22.640. — Décès le 5^e jour. — Nous n'avons aucun renseignement sur la cause de la mort.

• OBSERVATION 23.327. — Ce malade, porteur de tuberculose iléo-cœcale associée à une dizaine de sténoses, étagées sur le grêle, dû, à cause de la disposition de ses lésions, subir une résection intestinale de 1 m. 40 de longueur. Il succomba le lendemain, au choc opératoire.

OBSERVATION 27.229. — Malade décédé le lendemain de l'opération. Avait subi une hémicolectomie drotie, d'ailleurs insuffisante, puisque l'infiltration s'étendait sur toute la longueur du colon, y compris le pelvien. L'autopsie montra des lésions de pneumonie.

En somme, nous trouvons dans les 10 morts :

4 morts qui semblent dues au *choc opératoire*,

2 morts par *accidents pulmonaires*.

1 mort par *péritonite et cellulite iliaque*,

1 mort par épuisement progressif, à la suite de *diarrhée prolongée*,

1 mort par épuisement progressif, dû à un anus sur le grêle, résultat d'une *faute opératoire*.

1 mort de *cause inconnue*.

Une mort au moins aurait donc pu, semble-t-il, être évitée.

II. - Opérations palliatives

A) EXCLUSIONS UNILATÉRALES

Nous n'avons, dans nos observations, que 4 exclusions unilatérales qui ont donné une mort, le cinquième jour après l'opération. Il s'agissait (observations 15.690 et 16.760) d'une malade, atteinte de tuberculose iléo-cœcale fistulée, et de rétrécissements multiples du grêle. On fit la section du grêle, mais au moment de pratiquer l'iléosigmoïdostomie, on vit qu'à 25 centimètres au-dessus de la section existait encore un rétrécissement ; on fit l'anastomose au-dessus de celui-ci, laissant ainsi subsister un cul-de-sac de 25 centimètres. Tout alla bien les trois premiers jours. La malade émit des gaz le deuxième jour, mais le quatrième, elle fût prise de vomissements. Son pouls devint filant. Un lavage d'estomac ramena un liquide vert. La température, de 37,6 le matin monta jusqu'à 38,4. La mort survint le cinquième jour au matin. L'autopsie ne put être pratiquée.

Des 3 autres malades, l'une (observation H) guérit sans incident.

Une autre (observation 2.485) présenta de la diarrhée, à la suite de l'opération ; cette diarrhée fût traitée avec succès par le Képhir. La malade sortit de l'hôpital au bout de 22 jours.

La troisième (observation G) avait subi 7 ans avant, une résection iléo-cœcale pour tuberculose, et présentait

une fistule stercorale. Malgré l'anastomose iléosigmoïdienne, l'écoulement stercoral continua, et on dû, trois mois plus tard, transformer l'exclusion unilatérale en bilatérale.

B) EXCLUSIONS BILATÉRALES

Elle a été seulement pratiquée deux fois. La première est intéressante, car elle est le premier temps d'une résection (observation 21.873-21939). Il s'agissait d'une jeune malade de 17 ans, tuberculeuse pulmonaire, et qui avait une tuberculose iléo-cœcale fistulée. Grâce à l'exclusion bilatérale pratiquée, dont les suites furent normales, la résection put être faite avec succès 22 jours plus tard.

La deuxième est la malade dont il a été parlé plus haut, qui avait subi une exclusion unilatérale. L'écoulement par la fistule persista. On sectionna le colon transverse 3 mois après, de telle façon que la fistule de la fosse iliaque se trouvait ainsi exclue bilatéralement.

C) LAPAROTOMIES EXPLORATRICES

Elle fût pratiquée 3 fois (observations 10.546-11.484-12.805). Elle fût, chaque fois, suivie de guérison opératoire.

Nous n'avons pas l'intention d'apprécier la mortalité opératoire des excusions et de la laparotomie exploratrice d'après ces chiffres, basés sur un nombre d'opérations

beaucoup trop restreint. Il est, d'ailleurs très difficile de s'en faire une idée d'après des statistiques intégrales car elles ne comprennent qu'un petit nombre de cas chacune. Shiota (1) donne 8 exclusions unilatérales avec 8 guérisons opératoires.

Il existe bien des statistiques plus importantes, mais hétérogènes. Campiche (2) donne sur 35 cas d'entéroanastomoses et d'exclusions unilatérales, une mortalité opératoire de 11,43 % et 22 exclusions bilatérales avec 9,09 %. Brunner (3) sur 43 cas, 4 morts, soit 9,3 % de mortalité après l'exclusion unilatérale, contre 2 morts sur 23 pour l'exclusion bilatérale, soit 8,09 %. Terrier et Gosset citent 10 cas d'exclusions pour tuberculose, avec 2 morts post-opératoires, soit 20 %. Enfin, Hartmann réunit 9 exclusions unilatérales avec 1 mort, et 22 bilatérales avec 2 morts.

D'après ces chiffres, on peut penser que la mortalité des exclusions est d'environ 10 0/0 et qu'elle est, sensiblement, le même pour la bilatérale et l'unilatérale. Cette mortalité, relativement élevée, est due, vraisemblablement, à l'état précaire des opérés auquel le mode de traitement est réservé.

C'est cette même raison qui crée la mortalité de la simple laparotomie qui, théoriquement, ne devrait pas exister.

(1) Shiota, loc. citato.

(2) Campiche, loc. citato.

(3) Brunner, loc. citato.

CHAPITRE II

ETUDE DES RÉSULTATS ELOIGNÉS

La valeur curative d'une opération n'est établie que par l'étude des suites éloignées. Aussi nous sommes-nous efforcés de retrouver les opérés. Nous n'avons pu y réussir dans tous les cas ; cependant, un nombre assez considérable d'entre eux ont pu être suivis.

I. - Résultats éloignés des résections

Nous avons vu que sur les 40 résections pratiquées, 10 malades étaient morts dans les jours suivants. Des 30 malades qui restent, nous en avons perdu 6 de vue après leur sortie de l'hôpital. Restent 24 pour lesquels nous sommes renseignés.

(A) 15 de ces malades sont actuellement morts. — Nous allons les énumérer.

Une malade N° 1.153 est morte 20 ans après l'opération, à 71 ans, d'une congestion pulmonaire, sans avoir jamais ressenti

de trouble abdominal depuis l'opération. Elle a joui, jusqu'à sa mort, d'une excellente santé. Elle a été à la selle régulièrement depuis l'opération, sans diarrhée. Elle avait, au contraire, tendance à la constipation, mais réussissait à conserver la régularité des garde-robes par l'usage de laxatifs. Elle n'a jamais toussé, jusqu'à l'affection pulmonaire aiguë qui l'a emportée. (Renseignements donnés par sa fille, qui habitait avec elle).

Un autre (Obs. 638) est mort au bout de 12 ans, à l'âge de 64 ans, à la suite d'une affection pulmonaire qui a duré 4 mois. Depuis son opération, santé parfaite et bon état intestinal. Il travaillait sans fatigue. (Ces renseignements nous ont été donnés par sa fille).

Une 3^e malade (Obs. 11.024) est morte au bout de 11 ans. L'étude des suites éloignées est, en ce qui la concerne, pleine d'intérêt. Pendant 10 ans, cette femme, qui venait se faire examiner de temps en temps, est restée bien portante. Dix ans et 5 mois après l'opération, elle commença à se plaindre un peu de douleurs abdominales. 5 mois plus tard, elle revint, très amaigrie, avec des douleurs dans le ventre, de la diarrhée, un abcès froid xyphoïdien et de la tuberculose pulmonaire (bactéries dans les crachats). Elle succomba 11 ans après l'intervention.

Une 4^e malade (Obs. D) mourut au bout de 10 ans. Elle n'eut jamais de récurrence, mais succomba à une tuberculose pulmonaire. A vrai dire, on ne peut, sans faire de réserves, ranger cette observation dans les tuberculoses iléo-cœcales. Au moment de l'opération on pensa qu'il s'agissait d'un rétrécissement inflammatoire de la région iléo-cœcale. Les recherches histologiques, les inoculations ne donnèrent pas de résultat en faveur de la tuberculose. Ce n'est que parce que cette malade est morte de tuberculose pulmonaire que nous sommes tentés de faire

renter ce cas dans le cadre de la tuberculose iléo-cœcale. Nous y sommes d'autant plus enclins que le cas suivant, assez analogue, plaide plus fortement encore dans le même sens.

La malade de l'observation G. survécut 8 ans à sa résection. L'étude de cette observation est doublement intéressante, tout d'abord, parce que cette malade fut opérée 3 fois, ensuite et surtout, parce que ce cas fut, comme le précédent, étiqueté « rétrécissement inflammatoire de la région iléo-cœcale ». Mais ici les suites éloignées apportent la quasi-certitude de sa nature tuberculeuse.

Venue à l'hôpital en septembre 1893, elle présentait une masse inflammatoire remplissant la fosse iliaque droite, plusieurs orifices fistuleux livrant passage à un écoulement pyostercoral, un état général médiocre. On lui fit, à ce moment, une trépanation de l'os iliaque dans la fosse iliaque externe, pour drainer de façon déclive. La masse diminua, et pendant 3 ans, la malade fut bien portante, avec une seule fistulette par laquelle ne sortaient plus les matières fécales. A ce moment, l'écoulement stercoral réapparut sans raison connue. On fit le 5 septembre 1898, un débridement et un curettage des fistules, sans résultat. On décida alors de tenter une opération plus radicale et on fit, le 15 octobre 1898, une résection iléo-cœcale. On trouve une masse informe, dans laquelle on reconnut, après dissection, 2 perforations à la face postérieure du cœcum et un rétrécissement serré de la valvule iléo-cœcale. L'examen histologique fut pratiqué ; il montra l'intégrité de la muqueuse mais l'existence d'une infiltration embryonnaire d'autant plus marquée que l'on allait de la profondeur à la superficie. Dans la musculaire, on trouvait des travées de tissu fibreux, d'autant plus marquées qu'on s'éloignait de la muqueuse.

Les suites éloignées furent excellentes pendant 5 ans, d'oc-

tobre 1898 à août 1903. Elle n'avait conservé qu'un petit orifice fistuleux, par lequel suintait, de temps en temps, une gouttelette de pus. A ce moment, elle fut prise de frissons, avec claquement de dents et de fièvre, et un empâtement sensible à la pression se forma dans la partie droite du bas-ventre. Elle eut, dès lors, tous les mois, avant, pendant ou après les règles, une poussée fébrile durant 4 ou 5 jours.

En octobre 1904, elle vit réapparaître des matières au niveau de la fistule. Un mois plus tard, en novembre 1904, elle eut une poussée péritonitique (douleurs abdominales généralisées, ballonnement, diarrhée, fièvre, quelques vomissements alimentaires). Peu de temps après, les matières sortirent en plus grande abondance par la fistule. En fin mai 1905, elle présenta un abcès au niveau de la racine de la cuisse, au-dessous de la partie interne de l'arcade crurale. Cet abcès fut incisé, la fièvre tomba immédiatement et la douleur s'amenda.

Le 29 novembre 1905, la fièvre ayant recommencé et les matières coulant de manière intermittente par la fistule, on décida, de pratiquer une exclusion de l'intestin. On anastomosa le colon iliaque gauche avec une anse grêle qui descendait dans l'excavation et adhérait à un magma remplissant la cavité pelvienne, Puis cette anse fut sectionnée au-dessous de l'anastomose.

Après une amélioration qui dura 1 mois, l'état devint de nouveau plus grave. La malade pâlit et maigrit. Elle eut la diarrhée, mais en même temps qu'elle rendait des matières liquides par l'anus, elle expulsait de temps en temps, des morceaux de matières moulées par la fistule iliaque droite.

Le 23 février 1906, on fit, par une boutonnière sous-ombilicale, la section du colon transverse, de façon à transformer l'exclusion unilatérale en bilatérale.

Le 28 février, apparition de matières dans la fistule crurale (résultant de l'incision d'abcès faite en mai 1905).

La malade mourut cachectique le 1^{er} mai 1906.

L'autopsie a montré : 1°) que la fistule iliaque communiquait largement avec le colon ascendant : 2°) que la fistule crurale passant dans le trou sous-pubien, communiquait avec un abcès latéro-rectal, ce dernier communiquant lui-même avec le rectum. Cela explique l'écoulement stercoral qui s'était produit par cette fistule le 28 février 1906 et qui, survenant après la section du transverse avait paru paradoxal.

Dans le mésentère, 5 ou 6 ganglions caséux du volume d'une datte.

Dans le petit bassin, anses iléales fusionnées entre elles, avec la vessie et le rectum. A gauche, un pyosalpinx. A droite, il n'y a pas trace d'annexes, mais il existe un petit abcès communiquant avec le rectum.

Rate, rein droit sains. Rein gauche tuberculeux. Gros foie. Symphyse pleurale totale. Poumon droit portant au sommet quelques tubercules caséux et crétaçés. A gauche, sommet creusé de cavernes dont certaines atteignent le volume d'une noix. (1)

(1) Les deux observations D. et G. dont nous venons de rapporter l'histoire résumée, nous paraissent avoir un gros intérêt. Elles rentrent dans la catégorie des « rétrécissements inflammatoires ». L'une d'elles (Observation D) a été déjà publiée dans la thèse de Baillet (Paris 1893-1894), sous le n° 43, et est citée par tous les auteurs qui se sont occupés de la question, comme un type de rétrécissement inflammatoire. Au moment où cette observation a été publiée, la mort du malade par tuberculose n'était pas encore connue. — Si l'on pouvait réunir un nombre suffisant de cas semblables, la nature tuberculeuse d'au moins

Le malade de l'observation 18.202, (2) homme de 30 ans, mourut 6 ans et 4 mois après sa résection iléo-coecale. Il fut très bien portant pendant plus de 4 ans. Il commença à avoir de temps en temps des coliques. 5 ans après l'opération, il se plaint d'alternatives de diarrhée et de constipation. Il ne souffre pas lorsqu'il a de la diarrhée, mais au contraire, il souffre et a des bruits intestinaux quand il est constipé. Il eut ensuite une adénite axillaire tuberculeuse, qui fut traitée par des ponctions, et une grosseur apparut dans le flanc droit. 2 mois avant sa mort, il commença à tousser et sa toux fut continuelle jusqu'à son décès.

L'observation 2.988 concerne un homme de 48 ans, qui succomba 3 ans après sa résection, de péritonite tuberculeuse.

La malade de l'observation 19.366, femme de 48 ans, mourut 20 mois après sa résection. La mort est due aux progrès de la tuberculose pulmonaire, qui évoluait déjà avant l'opération. L'état intestinal resta bon, bien que cette malade ait présenté des lésions complexes (tuberculose iléo-coecale et rétrécissements multiples de l'intestin grêle).

une partie des rétrécissements, dits inflammatoires, ne ferait pas de doute. — On sait que cette opinion a été défendue, d'ailleurs, par Bérard et Patel, et par Quénu et Judet, qui sont tentés d'y voir une tuberculose fibreuse et anodulaire, entrant dans le cadre de la tuberculose inflammatoire de Poncet.

(2) Ce malade ne présentait pas, à proprement parler, une tuberculose iléo-coecale, mais plutôt un rétrécissement du colon ascendant serré, commençant immédiatement au-dessus du cœcum et s'étendant sur une hauteur de 2 c/m 1/2. Sur cette hauteur, muqueuse ulcérée et granuleuse. Nombreux ganglions dans le meso réséqué.

Observation 24.422-24.626. — Femme de 16 ans, opérée le 18 juillet 1924 en occlusion. Résection iléo-cæco-colique. Fistule stercorale le 8^e jour. Le 11 août 1924, débridement de la fistule. Jusqu'au 7 mars 1925, la fistule coula par intermittences. A ce moment, elle fit des hémoptysies et fut envoyée dans un sanatorium. Elle fut revue environ 4 mois plus tard, soit environ 1 an après l'opération, avec un état général un peu amélioré et une fistule qui n'était plus stercorale. Depuis, elle est partie à Leysin où elle a succombé en janvier 1926. La fistule était redevenue stercorale, donnait abondamment. Les matières contenaient des bacilles de Koch. Les lésions pulmonaires étaient stationnaires.

La malade de l'observation 6.826, âgée de 37 ans, ne survécut pas plus de 16 mois. Elle aussi avait des lésions de tuberculose cæcale associées à des ulcérations et rétrécissements multiples. Après son opération, elle conserva de la diarrhée et une fistulette qui devint stercorale quelques semaines avant la mort.

Le malade de l'observation 6.013, homme de 40 ans, mourut 8 mois après la résection. A l'opération, on avait trouvé une appendicite tuberculeuse ayant envahi le cæcum. Il succomba à une tuberculose généralisée (tuberculose linguale, pulmonaire, fistule stercorale, etc...)

La malade de l'observation C, âgée de 32 ans, mourut 7 mois après l'opération, de tuberculose pulmonaire.

Le malade de l'observation 5.147, âgé de 24 ans, mourut au bout de 6 mois, avec une fistule stercorale.

Celui de l'observation 20.513, âgé de 30 ans, mourut lui aussi au bout de 6 mois. Nous n'avons pu savoir de quelle façon.

Enfin, celui de l'observation 6.478, âgé de 41 ans, ne survécut que 5 mois. Nous n'avons pas de renseignements sur les circonstances de sa mort.

EN RÉSUMÉ, des 15 malades actuellement morts :

8 (1) ont présenté de nouveau des signes de tuberculose intestinale ou péritonéale, au bout d'un temps variant de 10 ans, 5 ans, 4 ans... à quelques mois après l'opération.

3 (2) n'ont présenté aucune récurrence, mais sont morts de tuberculose pulmonaire : respectivement 10 ans, 20 mois, 17 mois et 7 mois après l'opération.

2 (3) sont morts sans avoir présenté, pendant 20 et 12 ans, de signe clinique de tuberculose, et doivent être considérés comme guéris.

2 (4) sont morts dans des circonstances qui ne sont pas connues.

(B) *Les 9 malades qui restent, sont actuellement vivants, ou l'étaient lorsqu'ils ont été perdus de vue.* —
Ce sont ceux des observations :

B) Femme de 42 ans, opérée en janvier 1907 et bien portante en 1926, soit 19 ans après la résection.

19.817. — Homme de 51 ans, opéré en février 1921. Ce malade avait une tumeur iléo-cœcale, où l'examen histologique

(1) Observation 11024 — G — 2988 — 18202 — 6826 — 6013 — 5147 — 24422 — 24626.

(2) Observation D — 19366 — C.

(3) Observation 1153 — 638.

(4) Observation 20513 — 6478.

démontra l'association de tuberculose et de cancer. (1) Revu 4 ans et 8 mois après l'opération, il allait bien et travaillait. Le 24 octobre 1926, soit 5 ans et 8 mois après, nous l'avons examiné. Il était en parfait état, engraisé, pouvant sans aucune gêne, faire son métier de tourneur, sans douleurs abdominales. Il va à la selle une ou deux fois par jour. Ses matières sont molles, non moulées. Il ne tousse pas. En l'examinant, on trouve une cicatrice solide, sans éventration, un ventre souple, sans aucune masse perceptible.

F) Cette malade, opérée en décembre 1919, présentait des lésions complexes. Elle avait subi en 1914, une hystérectomie subtotale, pour salpingite bilatérale suppurée, très adhérente, en particulier à l'intestin grêle. Bien portante pendant 4 ans. Cependant ressentait de temps en temps des coliques. En février 1919, eut une violente crise douloureuse avec fièvre, qui se termina par une sensation brusque de déchirure violente, avec écoulement de pus et de matières par le vagin. La fistule pyostercorale persista. En novembre 1919, autre crise analogue, qui eut pour résultat l'ouverture d'une seconde fistule pyostercorale à la partie inférieure de l'abdomen.

Le 6 décembre 1919, résection iléo-cæco-colique comprenant 70 cm. d'intestin grêle, le cœcum et un peu de colon ascendant. Mikulicz dans le bassin.

(1) Cette association de tuberculose et de cancer a été signalée également par Salzer, in *Archiv. für Klinische Chirurgie*. 1892 et par Caird, *Edinburgh Med. Journal*, fév. 1921, p. 78. L'observation qui nous occupe fut publiée par Hartmann et Renaud à l'*Association Française pour l'étude du cancer*, 1921, n° 7, p. 297.

Phlébite du membre inférieur gauche le 12 décembre.

Revue en 1920. Guérison locale, amélioration de l'état général.

Revue en 1925. Très bon état général et local. Fonctions intestinales régulières. A engraisé. A repris une vie normale.

21.873-21.939 — Jeune fille de 17 ans, tuberculeuse pulmonaire, portant une tuberculose iléo-cœcale fistulée sur une cicatrice d'appendicectomie.

Dans le premier temps, on fit une exclusion bilatérale de la région iléo-cœcale et de l'hémicolon droit. Le 2^e temps, 22 jours plus tard, consista dans l'exérèse des parties exclues.

4 ans après, en octobre 1926, nous avons eu de ses nouvelles. Elle est à la campagne et est très améliorée, mais ne semble cependant pas guérie. Elle prend bon appétit et augmente de poids quand elle se repose, mais perd l'un et l'autre dès qu'elle recommence à travailler. Elle ne ressent pas de douleurs abdominales, mais a des gargouillements et des selles très fréquentes et diarrhéiques. De plus, elle tousse fréquemment, et a quelquefois des points de côté à droite. C'est à cause d'un de ces « rhumes » qu'elle n'a pu se rendre à Paris pour se faire examiner, comme nous le lui avions demandé.

25.736 — Jeune fille de 17 ans, subit une résection iléo-cœcale en mai 1925 pour appendicite tuberculeuse avec envahissement du cœcum. En octobre 1926, ne ressent aucun trouble abdominal, travaille, se sent absolument bien, ne tousse pas.

24.899 — Femme de 23 ans. Subit une résection iléo-cœcale pour tuberculose cœcale en novembre 1924. Revue en novembre 1925. Bon état général. Carde-robres régulières, aucune douleur abdominale. Nous n'avons pu avoir de nouvelles

plus récentes cette malade n'ayant jamais habité à l'adresse qu'elle avait indiquée.

26.482 — Femme de 39 ans, tuberculeuse pulmonaire. Subit en novembre 1925 une résection iléo-cœcale pour tuberculose. Revue en octobre 1926. Elle n'est pas complètement guérie. Elle tousse fréquemment Elle ressent souvent des douleurs abdominales à forme de coliques, elle a des gargouillements et de la diarrhée. En outre, son état général est médiocre.

26.931 — Femme de 37 ans, tuberculeuse pulmonaire. Résection iléo-cœcale pour tuberculose le 13 mars 1925. Bien portante en octobre 1926. Ne ressent pas de douleurs abdominales, Pas de diarrhée, selles régulières, mais tousse comme avant l'opération.

E) Homme de 30 ans, tuberculeux pulmonaire. Subit en octobre 1924 une résection iléo-cœcale pour tuberculose du coecum et de l'appendice. Revu 6 mois après, après un séjour à Arcachon, avec un état général très amélioré et un bon état intestinal.

Nous voyons, en définitive, que les 9 malades précédents se décomposent en :

7 malades (1) qui depuis l'opération, se portent absolument bien, le temps écoulé variant de 19 ans à 6 mois.

2 malades, (2) qui malgré une amélioration, ont,

(1) Observations B — 19817 — F — 25736 — 24899 — 26931 — E.

(2) Observations 21873 — 21939 — ~~26482~~

depuis l'opération, présenté des signes de tuberculose intestinale ou péritonéale.

En ajoutant à ces résultats, ceux que nous a donnés l'étude des malades décédés, nous trouvons que sur 24 malades suivis :

12 ont été guéris de leur tuberculose intestinale par l'opération. Ce sont :

Les 7 malades actuellement vivants et bien portants;

les 2 malades morts sans récurrence ni autre manifestation tuberculeuse;

les 3 malades morts sans récurrence intestinale, de tuberculose pulmonaire.

10 ont présenté, depuis l'opération, des signes de tuberculose intestinale ou péritonéale.

8 sont morts;

2 sont vivants.

2 sont morts dans des conditions inconnues.

Les résultats des résections ont été résumés dans le tableau suivant :

Nombre	Morts à l'hôpital	Guérison de la tuberculose intestinale (1)	Récurrences	Morts cause inconnue	Perdus de vue
40	10 = 25 %	12 = 30 %	10 = 25 %	2 = 5 %	6 = 15 %

(1) Nous entendons par là que ces 12 malades ont pu mourir d'autres localisations tuberculeuses. En fait, 3 sont morts de tuberculose pulmonaire.

Les 12 guérisons s'étagent sur les durées suivantes : 20 ans, 19 ans, 12 ans, 10 ans, 6 ans, 5 ans et 8 mois, 1 an, et 7 mois, 1 an et 8 mois, 1 an, 7 mois, 7 mois, 6 mois.

Il est donc indubitable que l'on peut obtenir, par la résection, des guérisons très durables, et même définitives. Goullioud (2) en a publié de 17, 16, 10, 7 et 5 années. Wölfler de 6 ans et de 4 ans 1/2. Garré de 6 ans 1/2. Lecène déclare que plusieurs de ses opérés sont guéris depuis plus de 10 ans. De pareils résultats établissent la grande valeur de la résection, comme méthode de traitement.

Les causes de la mortalité éloignée ont été, d'une part, la tuberculose pulmonaire, d'autre part et surtout, la récurrence de la tuberculose entérique ou péritonéale. Cette dernière cause de mortalité peut agir un temps très considérable après l'opération. L'observation 11.024 en est un exemple frappant, puisque 10 ans se sont écoulés, sans aucun trouble, entre la résection et la récurrence. Caird (1) en a publié un autre tout aussi démonstratif où, après 10 ans de bonne santé, on vit se former une fistule stercorale.

Aussi doit-on être réservé sur les guérisons à court délai, n'excédant pas 1 ou 2 ans.

(2) In these Perrève, Lyon 1919-20. N° 103.

(1) Caird. Intestinal Tuberculosis. Observation n° 21. Edinburgh Hed. Journal Fév. 1921 p. 73.

II. - Résultats éloignés des opérations autres que la résections

Nous ne pourrions guère apprécier la valeur de ces opérations d'après les seuls documents que nous possédons. Elles n'ont été pratiquées qu'un nombre de fois beaucoup trop restreint.

A) EXCLUSIONS DE L'INTESTIN

1°) UNILATERALES. — Des 4 malades ayant subi l'exclusion unilatérale nous savons déjà qu'un a succombé immédiatement (15.690-16.760).

Des 3 autres :

Un a été perdu de vue (2.483) ;

Une fut opérée pour une récurrence après résection faite 7 ans avant. On dut transformer cette exclusion en bilatérale 3 mois après. Elle mourut 5 mois après l'exclusion unilatérale. Il s'agit de l'observation G déjà citée avec les résections ;

Un mourut au bout de 2 ans, de tuberculose pulmonaire ; il avait une infiltration tuberculeuse du cœcum et du colon ascendant, et 2 rétrécissements sur l'intestin grêle.

2°) BILATERALES, faite 2 fois :

une fois pour tuberculose cœcale fistulisée (obs. 21.873-21.939). Elle ne fut que le premier temps d'une résection ultérieure.

une fois pour compléter l'exclusion, dans le cas qui vient d'être cité. (obs. G.)

Ceci ne nous autorise, évidemment, à aucune conclusion. Et en réalité, il est difficile, à cause de la rareté et de l'insuffisance des statistiques publiées, de se faire une opinion sur la valeur de ces opérations. Il semble, toutefois, qu'elle soit assez médiocre.

Shiota, sur 8 exclusions unilatérales, a 2 bons résultats datant de 3 ans, 1 datant de 2 ans $\frac{1}{2}$, 1 amélioration de 2 ans, 2 morts au bout de 4 mois, 1 mort au bout de 3 mois, 1 résultat inconnu.

Wölfler, sur 12 cas, n'a aucun résultat durable.

Cela justifie donc parfaitement la conduite de la résection à outrance, qui a été suivie dans nos cas opérés.

Cependant, nous pensons qu'entre la résection immédiate — qui dans certains cas est difficile et dangereuse, — et la simple exclusion, — opération insuffisante, — il est un moyen terme : l'opération en deux temps. Il y a certainement intérêt, lorsque l'entérectomie s'annonce malaisée, à se borner à exclure les lésions. Cette exclusion, unilatérale dans la plupart des cas, pourra être bilatérale s'il existe une fistule stercorale. A la suite de cette pratique, la tumeur peut diminuer, elle devient moins adhérente, les plans de clivage deviennent plus nets. Si l'on tente la résection, elle est alors réalisable sans trop de risques. Telle fut la conduite suivie, avec grand profit, dans l'observation 21.873-21.939, cas défavorable s'il en fût. Peut-être aurait-on pu, de cette façon, réduire la morta-

lité opératoire un peu élevée (25 %) des résections que nous avons rapportées.

B) LAPAROTOMIES EXPLORATRICES

Dans 3 cas, on s'est borné à l'ouverture du ventre : un cas a été perdu de vue ; les deux autres sont morts au bout de 3 mois et 3 mois 1/2.

Bien que ce mode de traitement ait pu être proposé (Th. Billon) (1) systématiquement, nous ne pensons pas devoir nous attarder à démontrer sa notoire insuffisance.

(1) Billon. La tub. appendiculo-cœcale traitée par la laparotomie iliaque. Th. Lyon 1897.

CHAPITRE III

CAUSES DES ECHECS DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ILEO-CŒCALES

Nous avons vu, dans le précédent chapitre, que les deux causes principales d'échec après résection, étaient :

1°) La tuberculose pulmonaire ;

2°) La récurrence de la tuberculose intestinale, souvent associée à la tuberculose péritonéale.

Nous voudrions chercher, ici, en nous appuyant sur les observations, de quelle façon surviennent ces causes d'échec.

I. - La tuberculose pulmonaire

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les tableaux des pages 42, 43 et 44, pour se rendre compte que dans la majorité des cas, les malades opérés pour

Résections intestinales pour tuberculose iléo-cœcale

SEXES	AGE	MANIFESTATIONS ANTÉRIEURES	LÉSIONS	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
H	35	Tub. pulmon.	Tub. hypertroph.	Mort le 3 ^e jour.	Bien portante après 19 ans.
F	42	d°	d°	Guérison.	Décès après 7 mois : Tub. pulm.
F	32	d°	Tub. cœcale.	Guérison.	Fistulette opérée. Décès après 10
F	32		Rétréciss ^t rég. ilio-cœcale.	Guérison.	ans : Tub. pulm.
H	30		Tub. cœc. et append.	Guérison.	Bien portant 6 mois apr. l'opérat.
F	48		Tub. il. cœc. fistulisée pa- roï abd. et fond du vagin	Guérison.	Bien portante après 6 ans.
F	30		Fist. pyosterc. Réf ^e ilio- cœcal.	Guérison.	Bon pend. 5 ans, puis récidive. Ex- clusion. Mort 8 ans apr. la résect.
H	27	Tub. pulmon.	Tub. hypertroph.	Guérison.	Pas retentivé.
H	52		d°	Guérison.	Bon pendant 12 ans. Mort affection pulmonaire.
F	51		d°	Guérison.	Bon pendant 20 ans. Mort conges- tion pulmonaire.
F	32	Tub. pulmon.	Tub. cœcal. Nomb. gangl.	Sortie 91 ^e jour avec fistulette et tub. pulm. en évolut.	Pas retrouvée.
F	26	Adénop. cerv. opér.	Tub. hyp. ilion.	Guérison.	Revue 3 mois après en bon état. Pas retrouvée depuis.
H	33		Fist. pyosterc. Anses ag- glutinées dans fosse il. droite.	Mort 13 ^e j ^r pneum.	
H	48		Tub. cœcocolique.	Guérison.	Mort 3 ans après. Périt. tuberc.
H	24		Tub. ilion valv. append.	Guérison.	Mort 6 mois après. Fist. stercorale.
H	40	Tub. pulm. Pleurés.	Aff. tub. av. envah ^e cœ- cum.	Guérison.	Mort 8 mois après. Fist. pyosterc.
H	41	Tub. pulmon.	Tub. ilio-cœcocolique.	Guérison.	Tub. pulmon. linguale. Volpulus.
H	26	Tub. pulm. Pleurés.	Infilt. tub. cœcum.	Guérison.	Mort 5 mois après.
F	37	Tub. pulm. et gangl.	Tub. cœc. et périton. Réf ^e	Guérison, mais diar- rhée et fistulette	Pas retrouvé. Mort après 16 mois. Diarrhée. Fist.

F	24		Tub. cœcum et rét ^s grêle.	Mort après 2 m. 1/2 fistule stercorale
F	32	Tub. pulmon.	Tub. cœco-col. (asc. trans. desc ^t).	Mort le lendemain.
F	32		Tub. ilio-cœcol.	Guérison.
H	30	Suppuration de l'oreille ?	Rét ^s colon asc ^t .	Guérison.
H	15	Tub. pulmon.	Tub. ilio-cœc. en voie de fistulisation.	Mort 3 ^e jour.
F	48	Tub. pulm. Pleurés.	Tub. cœc. Rét ^s du grêle.	Guérison.
F	23	Coxalgie. Tub. pulm. rénale ?	Tub. cœc. hypertroph.	Guérison.
H	51	Pleurésie ?	Tub. et cancer du cœcum.	Guérison.
H	30	Pleurésie. Tub. pulm.	T. ilio-cœc. hypertr.	Guérison.
F	17	Tub. pulmon.	T. il. cœc. fistulisée. (Ex- clue en premier temps.)	Guérison.
F	33	Mal Pott cervical.	T. Hypertrophique.	Décès 4 ^e j ^r . Cellulite iliaque et périlon.
H	35	Otorrhée chronique.	T. il. cœc. et rét ^s mult. colon.	Décès 5 ^e jour.
H	52	Tub. pulmon.	d ^e et rét ^s du grêle.	Décès lendemain.
F	16	Tub. pulmon.	Tumeur cœcale. Occlusion.	Fistule stercorale le 6 ^e jour.
F	23		Infiltr. localisée du cœc.	Guérison.
F	17		pp. tub. avec env ^e cœcum	Guérison.
F	39	Tub. pulmon.	Rés. partielle. Tub. cœc. Rét ^s iléon. P rilon. ascitique.	Guérison.
F	37	Tub. pulmon.	T. ilio-cœcolique.	Guérison.
H	33	Tub. pulmon.	T. totale du gros intestin.	Mort le lendemain. Pneumonic.

Pas retrouvé.

Va bien pendant plus de 4 ans, puis
récidive. Mort 5 ans après la ré-
section

Décès après 19 ou 20 mois : Tub.
pulmonaire.

Pas retrouvé.

Etat parfait après 5 ans et 8 mois.
Mort 6 mois après.
4 ans après, vivante, mais toux,
douleurs abd. et diarrhée.

Envoyée dans sanatorium (hémop-
tysties). La fistule, d'abord fer-
mée, s'est rouverte, donnant beau-
coup (B. K. dans les matières).
Morte à Leysin après 17 mois.

Bien portante un an après.

Bien portante 1 an et 5 mois après.

Un an après : toux, douL. abd.,
gargouillem.

Bien portante 7 mois après.

Opérations autres que les résections

I. — EXCLUSIONS UNILATERALES.

Sexe et Age	Localisation tub. antécédentes	Lésions trouvées	Suites immédiates	Suites éloignées
F — 49	Pneumie. Tub. pulm.	Tum. cœcum et fin d'iléon avec granulation. Ganglions mésent.	Diarrhée, puis G.	Pas retrouvée.
F — 48		T. iléo-cœc., fistulisée. Rétr. du grêle.	Décès 5 ^e jour.	
H — 42	Tubercule anatomique.	Infection cœc. plus col. ascend., plus 2 rétr. grêle.	G.	Mort 21-2-18. 2 ans. Tub. pulm.
F — 37		Fist. pyosterc. récidive après résection.	Persistence de l'écoulement par reflux.	A subi 3 mois après une sect. du transv. transform. l'exclus. en bilatérale. Mort 1-6-06.

2. — EXCLUSIONS BILATERALES.

F — 17	Tub. pulm.	Tub., cœcale fistulisée.	G.	Résection 21 jours plus tard. G.
F — 37		Fist. pyostercorale persist. après exclusion unilatérale.		Décès 1-6-06. Tub. entéro-péritonéale. Tub. pulm.

3. LAPAROTOMIES EXPLORATRICES.

F — 23	Touxse.	Tub. cœcale et c. ascendant. Granula? tion ascite.	G.	Décès 3 mois après. Tub. péritonéale et pulm. Hémoptys.
H — 51	Pneumie.	T. cœcum et ascendant. Rétr. grêle. Granulation.	G.	Décès 3 mois 1/2 après.
F — 30		Tub. de région iléo-cœcale. Granulat.	G.	

tuberculose iléo-cœcale sont des tuberculeux pulmonaires. Sur 46 malades, 30 fois, soit dans plus de 65 % des cas, il existait ou il avait existé d'autres localisations tuberculeuses ; et 27 fois cette localisation était pulmonaire. Encore cette proportion est-elle certainement trop faible, car, à supposer même que les observations aient été prises, à ce point de vue, avec tout le soin désirable, il y a des malades qui ont des lésions tuberculeuses qu'ils ignorent, et qui ne se manifestent pas au moment de l'examen.

Si nous insistons sur ce fait, c'est parce qu'il est écrit, dans beaucoup de livres, que la tuberculose iléo-cœcale est, dans sa forme hypertrophique, habituellement primitive. (1) Or, en nous limitant aux cas qui, dans nos observations, doivent être classés comme tuberculose hypertrophique, nous trouvons que 23 tuberculoses de cette sorte, il en est 7 seulement qui sont cliniquement primitives, contre 16 qui sont secondaires à d'autres manifestations tuberculeuses cliniquement appréciables, et habituellement apparues longtemps avant les symptômes abdominaux. Nous ne parlons pas des formes entéro-

(1) Dans un manuel de Pathologie externe, nous lisons même « Si les lésions de tuberculose primitive ne sont pas toujours hypertrophiques, les lésions hypertrophiques sont toujours primitives ». Dans un autre, nous voyons « ... un fait capital est établi depuis le mémoire de Pilliet et Hartmann : la tuberculose du gros intestin est souvent primitive. »

péritonéales, qui sont, de l'opinion même de tous les auteurs, habituellement secondaires.

On voit, par ces chiffres, que la tuberculose cœcale primitive est relativement rare, contrairement à ce que l'on croit, sur la foi des traités. Dès lors, la fréquence de la mort par tuberculose pulmonaire s'explique d'elle-même. Il est évident que si la tuberculose intestinale est secondaire, elle n'est plus une maladie locale. Son ablation, surceptible de soulager le patient, le laissera quand même tuberculeux.

Est-ce à dire que dans tous les cas, la mort par tuberculose sera fatale? Evidemment non. Il est certain que les lésions tuberculeuses qui ont donné naissance à la tuberculose cœcale peuvent être éteintes, au moment de l'opération, ou qu'elles peuvent s'éteindre ensuite.

Et puis, il doit probablement exister quelques cas — que nous croyons rares — de tuberculose d'origine exogène, alimentaire. C'est ce que semblent prouver les expériences de Chauveau (1). Si nous croyons que ces tuberculoses primitives sont rares, c'est que ces expériences réalisent des conditions bien éloignées de celles de la vie humaine. Les génisses de Chauveau ingéraient, de façon répétée, 30 gr., 50 gr., 100 grammes de matière

(1) *Chauveau*. Démonstration de la virulence de la tuberculose par les effets de l'ingestion de la matière tuberculeuse dans les voies digestives... etc...

Bulletin Académie de Médecine, 1868, p. 1007.

tuberculeuse (matières puriformes, crétacées, extraites de poumons tuberculeux) délayées dans l'eau. Elles devenaient ainsi tuberculeuses, grâce à l'action prolongée d'aliments très riches en bacilles. — En est-il ainsi dans les conditions habituelles ? Aucun aliment ne possède une pareille richesse en bacilles de Koch, et de plus, ils n'agissent que d'une façon éphémère. Enfin, leur préparation, l'action des sucs digestifs sont autant de causes empêchantes.

Ces conditions expérimentales sont, au contraire, réalisées dans le cas du tuberculeux qui déglutit ses crachats. Il y a là action continue et richesse en microbes. Aussi est-ce là, sans doute, le mode de production principal des tuberculoses iléo-cœcales. Il faut y ajouter, toutefois, le mécanisme du transport des bacilles par le sang, depuis le foyer initial jusqu'à l'intestin.

L'expérimentation a permis à Loeper (1) de reproduire, par des injections intravasculaires, des infiltrations tuberculeuses iléo-cœcale rappelant le forme hypertrophique.

Que la voie suivie soit intestinale ou sanguine, la tuberculose iléo-cœcale n'en sera pas moins habituellement secondaire. Rien d'étonnant que, même après la cure de ses lésions intestinales, le sujet ne meure tuberculeux.

(1) Loeper. L'origine sanguine de certains tuberculomes du cœcum. Progrès Méd. 1911 n° 12, p. 145, et Leçons de Pathol. digestive, 2^e série 1912, p. 201.

II. - La récurrence de la tuberculose intestinale.

Neuf fois, les opérés ont présenté, un temps variable après l'opération, de nouvelles douleurs abdominales, de la diarrhée, quelquefois une tuméfaction localisée dans la fosse iliaque, tous ces phénomènes aboutissant plus ou moins rapidement à la formation d'une ou plusieurs fistules stercorales.

Nous pensons que l'interprétation de ces observations ne doit pas être la même, selon que ces signes se montrent longtemps après l'opération, au bout de plusieurs années, comme dans les observations G (5 ans), 11.024 (10 ans 1/2), 18.202 (4 ans) — ou qu'au contraire, ils apparaissent presque immédiatement après elle : observations 5147-6013-6826.

Dans le premier cas, où les accidents réapparaissent tardivement, après une période plus ou moins longue de bonne santé, on peut réellement parler d'une récurrence. Les mêmes causes qui avaient présidé au développement de la tuberculose iléo-cœcale président à la formation de nouvelles lésions tuberculeuses. Il est intéressant de constater que ces récurrences vraies surviennent chez des sujets qui, cliniquement, ne présentent pas de tuberculose pulmonaire, ce qui va contre l'idée d'une action possible des crachats déglutis, et tendrait plutôt à faire admettre la voie sanguine, pour leur pathogénie.

Quand la réapparition des accidents a lieu, au contraire, immédiatement, ou presque immédiatement après l'opération, nous pensons qu'il ne s'agit pas de ce mécanisme. Nous sommes convaincus que dans ces cas, l'opération a été incomplète, et que l'opérateur, hanté par la tumeur iléo-cœcale n'a pas vu, ou n'a pas pu enlever d'autres lésions, plus discrètes peut-être, mais qui n'en continuent pas moins à évoluer après l'opération.

De même que nous disions plus haut que la tuberculose iléo-cœcale n'est pas habituellement primitive, nous voudrions maintenant montrer qu'elle n'est pas toujours, même dans sa forme hypertrophique, une lésion tuberculeuse *isolée sur l'intestin*. Et ici encore, si nous insistons sur ce point, c'est qu'il ne nous a pas paru suffisamment mis en lumière par les divers auteurs. Avant de compulser les observations, nous pensions, pour l'avoir lu, que la tuberculose iléo-cœcale hypertrophique avait le double caractère d'une tuberculose primitive et d'une tuberculose locale. Or, les observations vont nous montrer que lorsqu'il existe une tumeur cœcale, il n'est point rare de voir d'autres lésions tuberculeuses, ulcéreuses ou sténosantes sur l'intestin, et souvent très loin du cœcum.

Obs. 6.826. Tumeur cœcale. Rétrécissements multiples sur le grêle.

Obs. 14.846. Tumeur cœcale. Rétrécissements multiples du grêle.

Obs. 19.366. Tumeur cœcale. Rétrécissements multiples du grêle.

Obs. 22.640. Tumeur cœcale. Rétrécissements multiples du colon.

Obs. 23.327. Tumeur cœcale. Rétrécissements multiples du grêle.

Obs. 26.482. Tumeur cœcale. Rétrécissements multiples de l'iléon.

27.229. Tuberc. iléo-cœcale typique. Infiltration de tout le colon.

Il faut convenir que la présence de lésions éloignées sur l'intestin doit être plus fréquente que ne le montrent ces quelques observations. Il est relativement facile de reconnaître, au cours d'une opération, l'existence de rétrécissements, de granulations péritonéales, mais il est très difficile ou impossible, de dire s'il existe ou non des ulcérations tuberculeuses sur la muqueuse intestinale.

En faisant l'autopsie du malade de l'observation A, on s'aperçut que la suture du bout colique avait porté sur une ulcération. Il y en avait sur toute l'étendue de la muqueuse colique. Elles avaient passé complètement inaperçues pendant l'opération.

Nous pouvons donc conclure, que si la forme hypertrophique de la tuberculose iléo-cœcale est souvent une lésion localisée sur l'intestin, il n'est pas rare, au contraire, qu'elle soit associée à des lésions tuberculeuses d'autres types (granuleuses, ulcéreuses, sténosantes). En outre, l'évolution normale de cette tuberculose hypertrophique est de progresser vers le colon, dont elle peut envahir une

grande longueur, et même la totalité. (Hartmann (1), Dieulafoy (2), Pilliet et Thiéry (3), Bezançon et Lapointe (4), Okinczyc (5).

L'existence de ces lésions associées nous semble d'une grosse importance. Certes, elles sont assez peu intéressantes lorsqu'elles siègent, en petit nombre, tout près de l'angle iléo-cœcale, c'est-à-dire dans la limite possible d'une résection. Mais si, aucontraire, elles sont multiples, étagées à distance du cœcum, elles courent le risque de passer inaperçues, ou obligent à des opérations complexes. Les observations 14.846 et 19.366 sont démonstratives à ces deux points de vue.

OBSERVATION 14.846. — Trouvant une tumeur iléo-cœcale, on en fait la résection. Celle-ci achevée, au moment de pratiquer l'anastomose, on s'aperçoit de l'existence, plus haut sur le grêle, de granulations localisées et d'un rétrécissement. On fait une iléosigmoïdostomie au-dessus de ces lésions, ce qui laisse, au-dessous de l'anastomose, un long cul-de-sac.

OBSERVATION 19.366. — Il existe une dizaine de rétrécissements sur le grêle, dont 2 très serrés, avec une énorme rétro-

(1) *H. Hartmann.* Revue de Chirurgie 1907, p. 170.

(2) *Dieulafoy,* Semaine Méd. 1902, 8 octobre, n° 41, p. 329.

(3) *Bezançon et Lapointe,* Presse Méd. 1898, p. 365.

(4) *Pilliet et Thiéry.* Progrès Méd. 1894, 24 nov. p. 409.

(5) *Okinczyc in Hartmann.* Travaux de Chirurgie Anat. Clin. 3° série, p. 204.

dilatation au-dessus. Plus bas, dans la région iléo-cœcale, résection iléo-cœcale et anastomose iléo-transverse. Puis résection de la partie du grêle où siègent les rétrécissements et les rétro-dilatations, et anastomose termino-terminale.

C'est probablement parce que, dans les opérations, on n'enlève pas toutes les lésions tuberculeuses que l'on voit si fréquemment la reprise précoce des symptômes et l'apparition des fistules stercorales à courte échéance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION A : H. 35 ans. Palefrenier. Entré le 6 août 1894 à Bichat pour une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Tuméfaction commençant à un travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, s'arrêtant au bord externe du droit.

Diarrhée, coliques pendant la digestion. Amaigrissement.

Antécédents: Père mort à 66 ans d'une affection pulmonaire. Frère mort à 26 ans d'une affection pulmonaire. A lui même été atteint en octobre 1893 d'une affection pulmonaire aiguë (pneumonie ou pleurésie) et depuis cette époque, a toujours toussé. Présente d'ailleurs des signes du tuberculose au sommet gauche.

Opération le 29 août 1894. (Hartmann). Résection iléo-cœcale. Anastomose iléo-colique termino-terminale après avoir fendu longitudinalement l'iléon pour agrandir sa lumière.

Suites opératoires : Le 29 au soir : 37°1, 84 pulsations. Le 30 : Pas de vomissements 36°8, mais 126 pulsations, le soir 38°2, 150 pulsations. Le 31 : 38°9, 152 pulsations. Mort.

Examen de la pièce : Le segment réséqué mesure 12 cm. (5 d'intestin grêle, 7 de gros intestin). La muqueuse du grêle est saine jusqu'au bord libre de la valvule iléo-cœcale, mais immédiatement à droite de celle-ci, le cœcum présente des lésions très accentuées. Sa cavité est très diminuée, sa muqueuse est le

siège de larges ulcérations, à bords irréguliers et taillés à pic ; on y voit de nombreuses végétations polypeuses ; les parois sont très épaissies et entourées d'une masse scléro-adipeuse, appendice contourné en S : sa première moitié épaissie, ulcérée adhère à la face postérieure du cœcum, sa moitié terminale semble saine.

Autopsie : Pas de péritonite. Sutures intactes. Sur la muqueuse du colon, on voit des ulcérations occupant toute la longueur du colon ascendant et du colon transverse, où elles atteignent leur maximum d'étendue. La suture du bout colique a porté sur une de ces ulcérations. Il existe même des ulcérations tuberculeuses dans le rectum. Les poumons présentent des signes de tuberculose avancée.

OBSERVATION B : F. 42 ans. 7 ans auparavant, étant à Leysin traitée pour tuberculose pulmonaire, ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite. On lui parle à ce moment d'appendicite. Ne se fait pas opérer. Va bien pendant 2 ans, puis, recommence à souffrir un peu. Doit rester alors pendant 2 mois au lit, très faible, avec des douleurs à la face antérieure de la cuisse droite. A ce moment, devient constipée, alors qu'elle avait eu, jusque là, des selles régulières. En janvier 1906, sensibilité iliaque droite avec petits mouvements fébriles (37°6-37°7, rarement 37°2). En fin décembre 1906, on trouve un peu de météorisme abdominal ; dans la fosse iliaque droite on sent une tuméfaction dure, un peu mobile, à peine sensible à la pression.

Opération le 3 janvier 1907 (Hartmann) Résection iléo-cœcale, fermeture des 2 bouts. Iléo-côlostomie latérale.

Examen de la pièce : Tuberculose cœcale s'étendant à l'appendice.

Suites éloignées. En 1926 : toujours bien portante.

OBSERVATION C. F. 32 ans. Syphilitique et tuberculeuse, présente depuis 1 an des douleurs abdominales, de la constipation et quelques vomissements. A déjà été traitée pour tuberculose pulmonaire, l'année précédente à Arcachon ; de plus, a subi une castration abdominale sub-totale à 16 ans 1/2.

Opération le 25 janvier 1923. (Hartmann) Résection iléo-cœcale. Iléo-colostomie latérale.

Examen histologique : Présence de follicules tuberculeux avec cellules géantes.

Suites : Mort le 23 août 1923, de tuberculose pulmonaire, ayant conservé depuis l'opération un petit orifice fistuleux, donnant issue, de temps en temps à une gouttelette de pus.

OBSERVATION D. F. 32 ans. Rien de particulier à noter dans les antécédents. Depuis 1 an, maigrit et perd l'appétit. Depuis quelques mois, les garde-robes deviennent difficiles. Elle ne va à la selle que tous les 4 ou 5 jours avec un purgatif et elle éprouve depuis 2 mois des douleurs dans le ventre, particulièrement à droite et c'est depuis ce temps qu'elle a constaté l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Jamais de diarrhée.

Ventre souple, non ballonné. On sent dans la fosse iliaque droite une tumeur marronnée, dure, du volume d'une pomme d'api. Elle est bien limitée en bas suivant un contour arrondi, à quelques centimètres au-dessus de l'arcade crurale : bien limitée aussi en dedans et en dehors, mais se perd profondément en haut, sans limites précises. La tumeur est un peu sensible au palper, un peu mobile latéralement, pas du tout dans le sens vertical, manifestement adhérente à la fosse iliaque.

Opération, le 18 avril 1893. (Hartmann) Incision parallèle au

bord externe du droit et un peu en dehors de lui. L'iléon et le colon ascendant sont fusionnés en une masse informe, adhérant à la fosse iliaque Résection iléo-cœcale.. Anastomose termino-terminale.

Suites normales — Sortie avec une fistulette pariétale qui se forme spontanément à la suite de l'ablation d'un fil.

Examen de la pièce : Le cœcum forme une masse assez dure, du volume d'un œuf, dont il est difficile de reconnaître les parties constituantes. L'extrémité de l'intestin grêle ainsi que la partie inférieure du colon ascendant présentent des rétrécissements infundibuliformes au point où il se confondent avec la masse cœcale. Toutes ces différentes parties ont une consistance ferme, comme cartilagineuse. La partie du colon ascendant réséquée est saine dans sa moitié supérieure. La circonférence est à ce niveau de 11 cm. Au niveau de sa partie inférieure, et sur une hauteur de 3 cm. au-dessus de l'orifice iléo-cœcal, sa circonférence se réduit à 7 cm. On constate un épaissement très marqué de la paroi intestinale et un aspect particulier de sa muqueuse ; celle-ci présente une coloration rouge violacée, surtout au niveau de la paroi postérieure. Les valvules conniventes sont irrégulières, déchiquetées. L'aspect ecchymotique de la muqueuse est due à de petites hémorragies de l'extrémité libre de ces villosités. L'extrémité de l'iléon réséqué, paraît sain, sauf au voisinage immédiat de l'orifice iléo-cœcal, dans une étendue de 20 cm. Là, cette paroi est un peu épaisse et présente une consistance cartilagineuse. Elle est d'ailleurs soudée au cœcum, dont on ne peut la détacher qu'à l'aide des ciseaux. L'orifice iléo-cœcal n'est plus représenté que par un pertuis de 2 cm. de circonférence, admettant le manche d'un porte-plume. Les bords forment une arête vive et résistante, ne permettant aucune dilatation. Le cœcum proprement dit, n'est plus représenté que par une cavité cylindrique, d'un

centimètre de diamètre, dans laquelle on pénètre par un orifice très étroit, situé immédiatement et au-dessous de l'orifice iléo-les parois sont très fortement épaissies. Il a été impossible de cœcal. La muqueuse présente une surface irrégulière, déchiquetée, retrouver l'appendice.

Examen histologique : Au niveau de la partie inférieure du colon, la paroi intestinale présente une épaisseur qui équivaut à 3 fois celle d'un intestin normal. Cet épaississement existe surtout sur la tunique musculuse et sur la sous-muqueuse. La musculaire est hypertrophiée et renferme un assez grand nombre de cellules migratrices. La sous-muqueuse est aussi infiltrée par ces cellules. Celles-ci sont irrégulièrement disposées ; on ne retrouve nulle part de disposition nodulaire ; il n'existe pas non plus de cellules géantes. La muscularis mucosae a complètement disparu, la muqueuse ne forme plus une couche régulière et continue ; elle n'existe plus qu'à l'état de petites saillies renfermant encore quelques tubes glandulaires séparés par une infiltration diffuse de leucocytes. Les coupes faites au niveau du cœcum ont montré les mêmes lésions, mais à un degré plus marqué. En résumé, il s'agit de lésions inflammatoires chroniques, siégeant plus spécialement dans la sous-muqueuse, entraînant une hypertrophie de la couche musculaire et dont la cause n'a pu être précisée. Ces lésions ont débuté au cœcum et se sont étendues de là au colon ascendant.

Examen bactériologique. Inoculation. Des coupes faites au niveau du colon, de l'iléon et du cœcum ont été colorées avec le liquide de Ziehl. Le résultat a été négatif.

Deux fragments de la paroi au niveau des lésions ont été insérés sous la peau d'un cobaye. Celui-ci n'a pas eu d'ulcérations ni d'adénopathie consécutives. Tué après 2 mois, il n'a pas présenté de lésions tuberculeuses.

Suites éloignées : En septembre 1894, la malade est revenue à cause d'un petit orifice fistuleux au niveau de la cicatrice opératoire. Un peu à droite et au-dessous de la cicatrice cutanée, on trouve une petite induration, sans altération de la peau avoisinante, mais présentant en son centre un petit orifice fistuleux qui donne un peu de liquide séreux depuis plusieurs mois. Une sonde cannelée s'y engage à une grande profondeur.

Le 1^{er} octobre 1894, on débride le trajet en incisant le noyau fibreux, on curette les fongosités qui le tapissent. La curette, enfoncée un peu obliquement en haut ramène des matières fécales. On touche la cavité avec un peu d'eau phéniquée puis on dédouble dans une étendue de 2 cm. les lèvres de l'incision. Ayant ainsi créé une large surface d'affrontement, on suture les parties en nouant les fils sur 2 rouleaux de gaze iodoformée, afin qu'ils coupent moins les tissus.

Le 10 novembre, la malade quitte l'hôpital, guérie. Depuis, elle a été revue à diverses reprises. La fistulette ne s'est jamais rouverte. Le fonctionnement intestinal a toujours été régulier. En 1902 commencent à apparaître des signes de tuberculose pulmonaire, à laquelle la malade succombe en juin 1903, 10 ans après l'intervention.

OBSERVATION E : (Okinczyc). H. 30 ans. Se présente le 23 septembre 1924 parce qu'il souffre du côté droit du ventre depuis une quinzaine de jours. Il y a 8 jours les douleurs ont été plus violentes et le malade a vomé une fois.

Antécédents : Réformé 100 % pour tuberculose pulmonaire. Actuellement paraît en bon état, et fait un travail assez fatigant.

Examen : Dans la fosse iliaque droite, on trouve une tumeur dure, très douloureuse, du volume d'une mandarine, pas très

mobile. On hésite entre une appendicite subaiguë avec plastron ou une tuberculose iléo-cœcale avec poussée subaiguë récente. Dans le doute, on traite par le repos et régime. Revu le 11 octobre 1924, amélioration, mais la tumeur persiste plus petite, plus mobile, et cette fois non douloureuse.

Opération le 14 octobre 1924. On trouve une masse inflammatoire constituée par le grand épiploon qui masque l'angle iléo-cœcal et le fond du cœcum. Appendice invisible. La libération fait sourdre un peu de séro-pus et fait apparaître des fongosités. Décollement colo-pariétal, section de l'épiploon adhérent, résection iléo-cœcale, anastomose de l'iléon avec le colon ascendant latéro-latérale, suture du méso au péritoine pariétal, fermeture du ventre avec un drain.

Examen histologique° (Ménétrier) : Tuberculose du cœcum et de l'appendice avec nodules tuberculeux dans l'épiploon.

Suites : Guérison opératoire. Revu 6 mois plus tard en bon état. A fait un séjour à Arcachon.

OBSERVATION F. : (Oknczyc) F. 48 ans. En 1914, opérée pour salpingite bilatérale suppurée très adhérente avec adhérences de l'intestin grêle qui nécessitent une hystérectomie sub-totale avec drainage abdominal pendant 48 heures. — Suites simples.

Pendant 4 ans, jouit d'une bonne santé sans aucun trouble, sauf de temps à autre une colique assez douloureuse, mais de courte durée.

En 1918, une crise un peu plus violente qui dure 8 jours est diagnostiquée coliques hépatiques.

En février 1919, crise plus aiguë, mais qui se localise dans le bas ventre avec fièvre. Persistance de douleur pendant plusieurs

mois. En mai 1919, après une sensation brusque de déchirure violente, apparaît un écoulement abondant de pus et de matières intestinales liquides par le vagin. La fièvre disparaît, les symptômes douloureux s'amendent, mais la fistule persiste. Une seule interruption de 15 jours de l'écoulement par le vagin qui habituellement est assez abondant. Enfin, vers le milieu de novembre 1919, nouvelle crise abdominale avec fièvre, qui se termine par l'ouverture à la partie inférieure de l'abdomen d'une seconde fistule pyo-stercorale.

Un lavement donné par l'anus laisse écouler de l'eau par la fistule vaginale au bout d'une demi-heure environ. Lorsqu'on purge la malade, une heure après l'ingestion, évacuation abondante par la fistule abdominale, puis par la fistule vaginale, enfin plus tard, selles normales par l'anus. Il semble donc que les fistules siègent sur l'intestin grêle, mais que la fistule vaginale doit intéresser également le cœcum.

De temps à autre, fièvre à 39°, se terminant avec l'issue de pus par les fistules. Les matières qui s'écoulent sont toujours liquides. A la palpation, pas d'induration très marquée, ni de résistance profonde. Au toucher vaginal on sent le moignon du col figé dans un épaissement cartonné qui l'immobilise. Au toucher rectal, aussi haut que remonte le doigt, on ne sent rien de particulier.

Pouls presque toujours à 120. Amaigrissement. Rien au poulmon. Urines normales.

Opération le 6 décembre 1919. 1° Fermeture préalable de la fistule abdominale. 2° Incision sus et sous ombilicale. Exploration du grêle qui conduit à 70 cm. environ de l'angle iléo-cœcal à la fistule abdominale. Il existe là, appendu à l'orifice pariétal un bloc d'anses agglutinées par des adhérences dures,

presque fibreuses. Libération de ces adhérences avec les plus grandes difficultés. Après extériorisation, on trouve un autre bloc séparé du premier, et constitué par la terminaison même de l'intestin grêle, et par le cœcum, le tout fixé au fond du vagin, sur la vessie. Clivage pénible. Extériorisation de cette nouvelle tumeur inflammatoire. Changement de gants. Résection iléo-cœco-colique comprenant environ 70 cm. de grêle, le cœcum, et un peu du colon ascendant. Puis, fermeture en trois plans du colon ascendant et implantation de la terminaison du grêle, à bonne distance de la section colique. On isole la et on place du Mikulicz dans le bassin. Fermeture du reste de la paroi aux fils de bronze.

Ablation du Mikulicz le 8 décembre 1919. Phlébite du membre inférieur gauche, le 12 décembre. Suture secondaire de la paroi au siège du drainage, le 15 décembre 1919. Ablation des fils le 26 décembre 1919. Fonction régulière de l'intestin sans purgatif ni laxatif. Quitte la maison de santé le 15 janvier 1920.

Examen histologique : Tuberculose typique avec follicules (M. Renaud).

Revue en 1920. Guérison locale. Amélioration de l'état général. Revue en 1925 : très bon état général et local. Fonctions intestinales régulières. A engraisé. A repris une vie normale.

OBSERVATION G. : F. 30 ans, venue pour une fistule pyo-stercorale rebelle de la fosse iliaque droite le 28 juin 1898.

La maladie a débuté il y a 12 ans par des crises de douleur très violentes dans la fosse iliaque droite avec vomissements, survenant principalement la nuit. Elles revinrent tous les 8 jours environ pendant 1 mois 1/2 à 2 mois, puis disparurent pendant un an. Au bout de ce temps, nouvelle crise avec les mêmes caractères. Deux ans de calme, puis crises tous les 6

mois. A ce moment, elle a remarqué que la fosse iliaque se tuméfiait pendant les crises et devenait sensible à la pression. Il y a 6 ans, les symptômes locaux s'étant accentués, un abcès est apparu, qu'on a incisé. Nouvelle incision 15 jours après et à partir de ce moment apparition de matières fécales dans le pansement. C'est dans ces conditions qu'elle est venue une première fois en septembre 1893. On trouve à ce moment une masse inflammatoire remplissant la fosse iliaque droite, plusieurs orifices fistuleux par où sortent des matières fécales, un état général médiocre. On fait à ce moment (Hartmann) par la fosse iliaque externe une trépanation de l'os iliaque de manière à avoir un drainage déclive. L'état de la malade s'améliore progressivement et 6 mois après, elle quitte l'hôpital, n'ayant plus qu'une fistulette qui ne donne presque rien et par laquelle ne sortent pas de matières fécales.

Pendant 3 ans la malade reste bien portante, puis sans cause connue les matières fécales recommencent à sortir. Aussi, comme depuis un an elles continuent à couler, la malade vient redemander une intervention.

Dans la fosse iliaque droite on voit plusieurs orifices fistuleux sur un tissu cicatriciel entourés d'une peau un peu chéloïdienne.

Le 5 septembre 1898, on débride ces fistules au bistouri en les réunissant dans une même incision. Il existe une cavité iliaque divisée en deux par une cloison fibreuse qu'on sectionne aux ciseaux. Curettage et tamponnement iodoformé de cette cavité. Mais comme la fistule stercorale persiste depuis cette nouvelle intervention, on décide une opération plus complète.

Opération (Hartmann). Le 15 octobre 1898. Après curettage de la fistule et désinfection de la paroi abdominale, on fait en dedans de l'orifice fistuleux une incision, située un peu en dehors du bord externe du droit. L'épiploon adhérent est déta-

ché sous la lèvre droite de l'incision, il est écrasé, lié et sectionné. Dans la fosse iliaque se trouve une masse informe, amas de tissu fibreux et de graisse qui réunit l'iléon au colon ascendant et qui est fusionnée d'une part avec la fosse iliaque, d'autre part, avec la partie externe de la région. On commence par faire une entéro-anastomose latérale de l'iléon et du colon ascendant, on sectionne ensuite l'intestin au-dessus et au-dessous de la partie malade et on ferme les bouts. Le méso en dedans de l'intestin malade est écrasé, lié et sectionné. Il est ensuite possible de décoller et d'enlever en totalité la masse inflammatoire constituée par la jonction iléo-cœcale méconnaissable. On fixe au péritoine pariétal les bords du méso réséqué et le moignon épiploïque, la plaie est ensuite réunie dans sa plus grande étendue, une mèche de gaz iodoformée étant insinuée dans le foyer par la partie de la plaie laissée ouverte : 2 drains sont placés dans l'ancienne fistule.

Examen de la pièce : Par la face antérieure, on constate qu'au niveau de la jonction de l'iléon et du colon, il existe une masse grasseuse informe fusionnée avec l'angle iléo-cœcal, le recouvrant et allant s'accoler au péritoine pariétal. Les bouts de l'iléon et du colon ne deviennent distincts qu'aux extrémités de la pièce. L'iléon a un diamètre de 4 cm. 1/2, le colon un diamètre de 4 cm. seulement; de plus, les tuniques de l'iléon présentent une épaisseur manifestement plus considérable que celle du colon. Par la face profonde on voit en y mettant un peu d'attention l'appendice long de 2 cm., replié et adhérent à la face postérieure de l'iléon. A sa base existe une perforation qui fait communiquer, par un orifice de la dimension d'une pièce de 0 fr. 20, le foyer avec la cavité de l'iléon. Une deuxième perforation, séparée de la première par un pont, large

d'un demi centimètre se trouve immédiatement au-dessus. Les bords de ces 2 perforations sont nettement découpés.

Introduisant le petit doigt dans l'iléon, on cherche en vain à franchir la région de la valvule iléo-cœcale. Le rétrécissement est tel que cela est impossible. Après avoir incisé l'intestin sur sa face antérieure on trouve sur l'iléon immédiatement au-dessus du point rétréci, sur la paroi postéro-interne, un orifice répondant à une ulcération sur la face postérieure. La muqueuse de l'iléon est épaisse et rouge. Celle qui tapisse l'anneau cylindrique remplaçant la valvule est lisse et blanchâtre. Immédiatement à droite de cet anneau, la muqueuse colo-cœcale bourgeonnante présente une série de petites saillies polypiformes.

Sur une coupe, on constate que les parois de l'iléon sont épaissies; surtout dans les tuniques musculaires. Au niveau du rétrécissement, existe une masse fibreuse, d'un blanc grisâtre, elle-même doublée d'une couche graisseuse épaisse de 3 cm environ.. Sur la face de ce rétrécissement, regardant l'iléon, on voit quelques petites végétations polypiformes. La longueur de l'iléon réséqué est de 7 cm., celle du colon de 9 cm. Dans la partie terminale de l'iléon, se trouvaient 5 pseudo-calculs dont l'examen a montré qu'ils étaient probablement des noyaux de fruits.

Examen histologique (Cunéo) Un fragment est prélevé à l'union de l'iléon et du cœcum. La coupe intéresse la muqueuse, la sous-muqueuse et une partie de la musculuse.

La muqueuse est intacte dans son segment iléal comme dans son segment cœcal. Les glandes sont normales. La sous-muqueuse est légèrement épaissie. On trouve une légère infiltration embryonnaire surtout marquée autour des amas lymphocytaires (follicules clos) dans le segment iléal de la coupe.

L'infiltration embryonnaire est plus marquée encore au niveau de la musculaire. De plus, les faisceaux musculaires sont coupés par des travées de tissu fibreux. Celles-ci sont plus nombreuses et plus fortes quand on s'éloigne de la muqueuse.

En résumé, les signes d'inflammation et de sclérose présentent une intensité augmentant graduellement de la profondeur vers la superficie, aussi bien que la coupe n'intéresse pas toute l'épaisseur de la paroi intestinale ; étant donnée l'intégrité presque absolue de la muqueuse, on est amené à admettre l'origine péri-intestinale du processus scléreux qui a envahi l'intestin.

Suites opératoires simples. — L'état de la malade s'améliore progressivement, mais il reste une fistulette. On la curette le 22 février 1899. Elle est complètement fermée le 25 mars, jour où la malade quitte l'hôpital. Les fonctions intestinales s'exécutent normalement. Son poids qui était de 49 kgs. la veille de son opération est de 53 kgs.

En novembre 1899, l'opérée va toujours bien.

Suites éloignées. — La malade est restée en excellent état jusqu'au mois d'août 1903. Elle avait cependant conservé à la place de la fistule un très petit trajet donnant de temps en temps une gouttelette de pus. Elle a engraisé, a un état général parfait, et travaille.

En août 1903, soit 5 ans environ après la résection elle fut prise à la fin d'une période menstruelle, brusquement, de frissons avec claquement de dents et fièvre et un empâtement sensible à la pression se forma dans la partie droite du bas-ventre. A partir de ce moment, tous les mois, au moment des règles, soit avant, soit pendant, soit après, elle était prise pendant 4 à 5 jours de fièvre. Dans l'intervalle, elle était relativement bien et pouvait travailler un peu. En octobre 1904, pour la première fois, elle vit réapparaître quelques matières intestinales au niveau

de sa fistule. Un mois plus tard, en novembre 1904, poussée péritonitique, douleurs abdominales généralisées, ballonnement, diarrhée, fièvre, quelques vomissements alimentaires. Peu de temps après, les matières coulent en plus grande abondance. Enfin, en mai 1905, douleurs très violentes dans le membre inférieur droit, qui la font rentrer à l'hôpital le 27 mai. La cuisse est en demi-flexion et il existe un abcès immédiatement au-dessous de la partie interne de l'arcade crurale. Le 29 mai, incision de cet abcès. Le 29 novembre 1905, la malade recommençant à avoir de la fièvre et des matières sortant de façon intermittente par la fistule, on se décide à pratiquer une exclusion de l'intestin. Ayant fermé par un surjet cutané la fistule abdominale et tamponné la fistule iliaque, on ouvre le ventre. Les anses grêles qui se présentent sont libres d'adhérences, mais sont rouges et ont même par places une apparence velvétique. Débridement transversal à gauche au niveau de l'ombilic. On suit l'intestin grêle à partir de l'angle duodéno-jéjunal et on arrive à une anse qui s'enfonce dans l'excavation et adhère à un magna adhérent la remplissant. On anastomose cette anse avec le colon iliaque gauche puis on la sectionne au-dessous de l'anastomose. Réunion sans drainage. Guérison opératoire. L'état s'améliore sensiblement, mais au bout d'un mois environ, il s'aggrave de nouveau. D'une manière générale, la malade a de la diarrhée, mais en même temps qu'elle rend des matières liquides par l'anus il sort par l'incision iliaque droite de temps en temps de petits morceaux de matières moulées. La malade pâlit et maigrit. Aussi, on se décide à sectionner le colon transverse pour empêcher ce reflux de matières.

Le 23 février 1906, par une petite incision sus-ombilicale, on amène le colon transverse. dans la plaie, on le sépare de son méso sur une longueur de 5 à 6 cm., puis on le sectionne en

enfouissant les moignons. Le 26 février, 4 garde-robes diarrhéiques. Le 28, des matières intestinales liquides apparaissent par la fistule de la cuisse, sans qu'en puisse se l'expliquer. La malade se maintient pendant quelques semaines, puis se cachectise et succombe le 1.^{er} mai 1906.

Autopsie : La fistule iliaque droite communique largement avec la partie inférieure du colon descendant. La fistule crurale se poursuit par un trajet étroit qui passe par le trou sous-pubien et amène à un abcès latéro-rectal lui-même ouvert dans le rectum. Entre l'angle duodéno-jéjunal et l'anastomose iléo-sigmoïdienne, il y a 3 m. 25 d'intestin. Entre la section de l'iléon et l'anastomose iléo-colique ascendante (portion exclue de l'intestin grêle) il y a 2 mètres d'intestin. Dans le petit bassin, les anses d'iléon sont fusionnées entre elles, avec la vessie et avec le rectum. Il existe à gauche un pyo-salpinx, à droite il n'y a pas trace d'annexes mais sur la partie latérale du rectum on trouve un abcès communiquant avec cette portion de l'intestin. Dans le mésentère, on trouve 5^e à 6 ganglions caséeux, ayant le volume d'une datte et présentant tous les caractères des ganglions tuberculeux. Le foie est très gros, mais sans abcès. La rate est normale, le rein droit aussi. Le rein gauche présente des lésions tuberculeuses. Symphyse pleurale totale. Au sommet droit, quelques tubercules caséeux et crétacés. A gauche, plusieurs petites cavernes, dont certaines atteignent la dimension d'une noix.

Obs. H. : H. 42 ans. Souffrant de troubles intestinaux depuis 6 à 7 ans. On le voit à l'occasion d'une crise douloureuse abdominales avec anses soulevant la paroi, vomissements fécaloïdes ; en somme tous les signes d'une occlusion chronique.

Antécédents : Ce malade, inspecteur vétérinaire, a présenté, à la suite d'une piqûre, un tubercule anatomique.

Opération 26 mars 1916. Exclusion unilatérale de l'intestin (Hartmann). Le cœcum et le colon ascendant sont indurés, sans qu'il y ait de tumeur vraie. Les lésions s'étendent sur les 20 derniers centimètres de l'iléon. A cet endroit existe un petit rétrécissement. Plus haut, à 15 cm. environ existe un autre rétrécissement du grêle, plus serré et grisâtre. Dans le mésentère et le mésocolon existent de nombreux ganglions. L'iléon est coupé en amont du rétrécissement le plus élevé. On a réséqué à cet endroit un petit segment d'iléon au niveau du rétrécissement. En ce point, la muqueuse présente une plaque circulaire, chagrinée, hypertrophique.

Histologie : Tuberculose.

Guérison opératoire.

Mort le 21 février 1918 de tuberculose pulmonaire.

Obs. 638 : H. 52 ans, éprouve depuis 6 à 7 ans de temps en temps, dans la fosse iliaque droite une petite douleur fugace, qui ne le gêne pas dans son travail. Il n'y prêtait pas attention. Le 12 ou le 13 août 1902, à une heure de l'après-midi, il ressent, dans la même région, une douleur plus vive, accompagnée de nausées puis de vomissements alimentaires, environ 2 heures après son déjeuner. L'état de malaise dure jusque vers 4 à 5 heures de l'après midi. Le lendemain se purge et se trouve ensuite de nouveau bien. Depuis ce moment, à la moindre fatigue, éprouve des douleurs dans la région et maigrit notablement. Garde-robes régulières.

Antécédents. Rien à signaler sauf des accidents saturnins survenus à l'âge de 39 ans.

Etat actuel. Aucune modification apparente du ventre. La pression révèle une douleur sourde dans la fosse iliaque droite, à

deux travers de doigts en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure avec une légère défense de la paroi. On sent cependant une tuméfaction plaquée contre la fosse iliaque, commençant à 2 travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne, s'arrêtant en haut au niveau d'une ligne passant par l'ombilic. Elle est allongée de haut en bas et de dehors en dedans, dure, un peu inégale à la surface, un peu sensible à la pression. On peut la mobiliser légèrement dans le sens transversal, non dans le sens vertical. Au cours de l'examen on a à plusieurs reprises, la sensation de gargouillement. Rien à l'examen des poumons. Examen du sang : 3.190.000 globules rouges, 11.200 globules blancs, 65 polynucléaires, 35 mononucléaires et 1 éosinophile.

Opération le 7 novembre 1902. (Hartmann) Le ventre ouvert par une incision sur le bord externe du droit, on voit que l'épiploon adhère à une tumeur collée contre la fosse iliaque. Cet épiploon est écrasé, lié et sectionné. On libère alors la tumeur facilement au niveau de l'iléon, difficilement et au bistouri pour le cœcum. La tumeur est alors amenée au dehors. Le méso est lié. L'intestin, écrasé, est lié et enfoui de part et d'autre de la tumeur. Anastomose latérale iléo-colique. Suture du coin de méso. Fermeture du ventre avec un drain dans l'angle inférieur de la plaie.

Examen de la pièce : L'intestin grêle se continue à angle très obtus avec le gros intestin. Ses 4 derniers centimètres sont dilatés. A la place de la valvule iléo-cœcale, existe un rétrécissement constitué par une sorte de bourrelet irrégulier, non ulcéré, mais présentant à sa surface de petites productions pédiculées. Le cœcum a disparu. A sa place se trouve une masse scléro-adipeuse de laquelle se détache un appendice un peu épaissi. Le colon est sain. Un ganglion a été prélevé sur la pièce et coupé

en 2 fragments. L'un d'eux est inoculé sous la peau d'un cobaye, l'autre est inclus et débité en coupes histologiques par M. Lecène. Le cobaye présenta au bout de 3 semaines une volumineuse adénopathie axillaire. A l'autopsie, 8 jours après, on vit de nombreuses granulations tuberculeuses dans le foie et la rate. L'examen histologique du ganglion a montré qu'il était farci de follicules tuberculeux avec cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes. La caseification est peu avancée mais dans certains endroits, forme cependant des ilots déjà assez étendus entourés de nombreuses cellules géantes.

Suites opératoires simples.

Suites éloignées. Revu le 7 mars 1903 en bon état, garde-robes régulières. Revu le 23 décembre 1912, cicatrice sans éventration, garde-robes régulières. Bon état général. Décédé le 7 septembre 1914 à l'âge de 64 ans, à la suite d'une affection pulmonaire à début aigu qu'a duré de mai à septembre. Il n'avait jamais toussé depuis l'opération.

Obs. 762 : H. 27 ans. Entre le 16 février 1903 à Lariboisière pour une douleur dans la fosse iliaque droite. Depuis 2 à 3 ans, il ressent de temps à autre une douleur violente apparaissant irrégulièrement et occupant tout le ventre. Depuis la même époque il a le ventre sensible, même dans l'intervalle des crises et est très constipé, malgré l'usage habituel de légers laxatifs. Depuis un an, ses crises sont devenues plus fréquentes et se sont localisées à la fosse iliaque droite. Elles s'accompagnent d'un léger mouvement fébrile, et d'une tuméfaction de la région appendiculaire. Ces crises ont été traitées par des applications de glace et des lavages d'intestin au sanatorium d'Angicourt où il était entré pour un début de tuberculose pulmonaire.

Antécédents. Père mort probablement tuberculeux, mère morte à 40 ans, des suites d'un accouchement. Lui-même n'a pas eu dans son enfance de maladies graves, mais à 21 ans, pendant qu'il était soldat, a dû entrer à l'hôpital pour une bronchite suspecte, et depuis n'a jamais été bien portant.

État actuel. Le malade ressent continuellement une légère douleur dans la fosse iliaque droite. La dernière crise, survenue il y a 2 mois, vers le milieu de décembre, n'a pas été très violente et a duré une huitaine de jours.

Examen. Ventre d'aspect normal. A la palpation on détermine, au niveau de la fosse iliaque droite, une légère douleur et on sent profondément une masse, arrondie, en forme de cordon, difficile à délimiter. Cette masse est plaquée contre la fosse iliaque droite et semble peu mobile. Le malade dit avoir perdu progressivement 10 kgs. depuis décembre 1901. Son état général est encore bon. Au point de vue pulmonaire, le Docteur Kuss nous remet la note suivante : « Tuberculose ouverte, étendue du lobé supérieur gauche tout entier. Signes physiques stationnaires depuis plusieurs mois. Tuberculose en régression du reste du poumon gauche, ne donnant plus depuis 3 mois de signes de suppuration ».

Opération le 27 février 1903. (Hartmann) Une incision faite, le long du bord externe du grand droit, ouvre le péritoine. Le cœcum est rouge, épaissi, mamelonné à sa surface, rigide. Les lésions s'étendent sur la partie adjacente de l'iléon. Du cœcum, se détache l'appendice, rouge, rigide, du volume du petit doigt. Décollement du cœcum. Ecrasement de l'intestin grêle à 10 cm. du cœcum. Ligature, enfouissement. Le colon ascendant est traité de même. Dans le mésentère iléo-colique se trouve un paquet de ganglions dont le volume varie d'un petit pois à une

noisette. Ce mésentère est sectionné en coin, de façon à enlever ce paquet ganglionnaire. Anastomose latérale iléo-colique. Réunion des bords du mésentère. Fermeture du ventre sans drainage.

Description de la pièce. Le cœcum et la fin de l'iléon présentent une teinte rouge. Sur la face antérieure de leur jonction existe un épaissement scléro-adipeux épais. L'appendice a le volume du petit doigt. Il est curviligne, induré, rigide et rouge. Le cœcum est cartonné. Sa surface est mamelonnée. Les lésions vont en s'éteignant graduellement sur la partie inférieure du colon. L'intestin grêle ouvert semble sain. La valvule iléo-cœcale a disparu. Elle est remplacée par un bourrelet d'apparence fibreuse qui rétrécit le calibre de l'intestin. Le cœcum et la partie adjacente du colon sont hérissés de petites végétations arrondies, du volume d'un gros grain de chènevis. L'appendice contient plusieurs ulcérations à bords nettement découpés ; son fond est rempli de matière caséeuse ; en un point, la muqueuse est soulevée par un amas caséeux.

Examen histologique (Lecène). L'examen a porté 1° sur les ulcérations de la muqueuse appendiculaire ; 2° sur la muqueuse cœcale recouverte de végétations polypiformes.

1° Au niveau de la muqueuse appendiculaire on constate que l'épithélium a disparu presque partout. La couche de tissu réticulé et les follicules clos sont infiltrés de follicules tuberculeux avec cellules géantes nettes. On a pu colorer quelques bacilles dans une cellule géante. Les autres tuniques de l'appendice sont infiltrées de cellules embryonnaires mais sans cellules géantes.

2° Au niveau de la muqueuse cœcale, l'épithélium est au contraire bien conservé et revêt les végétations polyformes, dont l'axe est formé par du tissu réticulé très enflammé. On n'y

voit ni cellules géantes, ni follicules tuberculeux. Il s'agit donc ici de lésions d'inflammation chronique. Les tuniques musculaires sont très enflammées, infiltrées par des trainées de cellules embryonnaires. Il n'a pas été fait d'inoculation au cobaye.

Suites. D'abord normales. Le 11 on ouvre un petit abcès de la paroi qui se ferme en quelques jours. A partir de ce moment, température normale. Sorti guéri, le 4 avril : garde-robes régulières. Sensibilité iliaque disparue.

Obs. 1.153 : F. 51 ans. Début brusque en 1902 par des coliques, des vomissements et de la diarrhée. Douleurs généralisées dans tout l'abdomen. Cette crise dure 2 jours. Depuis, ressent de temps en temps des coliques, une à deux heures après les repas. Elle sent venir la crise et évite à ce moment de manger. Ces douleurs cessent au bout de 3 jours. Le 6 janvier 1904, prise à 7 heures d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite et au niveau de l'aîne du même côté. Elle sent son intestin « remuer des gaz ». Constipation très violente, nausées, puis vomissements avec des glaires. Le médecin constate à ce moment une masse perceptible dans la fosse iliaque. Pas d'amaigrissement. Rien d'intéressant à signaler dans les antécédents.

Etat actuel 26 janvier 1904. Ventre plat, d'aspect normal. La palpation de la fosse iliaque droite réveille une légère douleur, bien limitée, à une région située au-dessous de la ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. En déprimant cette région, on sent une masse dure ovoïde, allongée le long de l'arcade à 1 cm. au-dessus d'elle, mesurant 4 travers de doigt de gauche à droite. Cette masse est située immédiatement sous la peau, mais de là, part une induration qui paraît de plus en plus

profonde à mesure qu'on se rapproche de la ligne médiane. Rien d'anormal dans le reste du ventre. A la percussion submatité.

Opération 13 février 1904. (Hartmann) Incision sur le bord externe du droit. Le foie est abaissé et basculé. A la place du cœcum se trouve une tumeur d'apparence grasseuse, dans laquelle s'enfonce l'iléon. Décollement en arrière de cette masse. Section du méso iléo-colique en coin, de façon à enlever 2 ganglions, l'un très volumineux, l'autre plus petit. Ecrasement et ligature du méso. Ecrasement et ligature de l'intestin de part et d'autre de la tumeur. Ablation de celle-ci. Enfouissement des 2 bouts. Anastomose latérale de l'iléon et de la partie initiale du colon transverse. Suture des 2 bords du méso. Marsupialisation et drainage de la poche de décollement.

Suites normales. Ablation des fils le 10^e jour. Sortie le 26^e jour, le 10 mars.

Suites éloignées. Est restée en bonne santé, jusqu'à sa mort survenue 20 ans après en 1924, sans ressentir aucun trouble intestinal, sans aucun signe de tuberculose pulmonaire. La cause de la mort fut une congestion pulmonaire.

Obs. 1.511 : F. 32 ans. Entrée le 4 novembre 1904 pour douleurs abdominales à maximum dans la fosse iliaque droite. Il y a 1 an, elle a commencé à éprouver tous les 2 ou 3 jours de petites douleurs sourdes durant 5 à 10 minutes et siégeant dans tout le ventre. Cet état dura 6 mois en s'aggravant. Il y a 6 mois, les douleurs se rapprochèrent et devinrent plus vives et l'on s'aperçut de la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. L'appétit a beaucoup diminué. Le matin au réveil, la malade ressent des nausées. Il y a 3 mois, crise qui dure 8 jours, caractérisée par des douleurs violentes, plus intenses à droite.

Vomissements glaireux le 1^{er} jour. Selles normales. Un mois plus tard, nouvelle crise, durant un jour et une nuit avec douleur au même endroit. Vomissements verdâtres, ballonnement. Elle entre à ce moment en médecine où on diagnostique appendicite ; elle est traitée par de la glace sur le ventre, lavements et huile de ricin. Au bout de 52 jours, la tumeur iliaque a subi des intermittences de grosseur mais n'a pas disparu. Actuellement, douleurs occupant les 2 fosses iliaques et l'hypogastre continues et sourdes, exagérées par les repas. À la palpation, douleur plus vives dans la fosse iliaque droite. Maximum à 2 travers de doigt au-dessous du point de Mac Burney. On sent en ce point une tumeur allongée en boudin, parallèle au pli inguinal. La malade a beaucoup maigri.

Antécédents. Depuis 4 ans, à la suite d'une bronchite, toux incessante, sueurs nocturnes. Au sommet droit, respiration soufflante. Bronchophonie, pectoriloquie aphone, submatité. Au sommet gauche, quelques craquements secs.

Opération le 11 novembre 1904. (Hartmann) Incision sur le bord externe du droit. On voit, immédiatement une tumeur formée par le cœcum qui se laisse facilement amener. Incision du péritoine en dehors, décollement, écrasement et fermeture de l'iléon et du colon. Résection en coin du méso qui contient de volumineux ganglions. Les ganglions sont laissés car il y a toute une chaîne dans le mésentère et devant la colonne vertébrale. Anastomose latérale. Suture de la brèche du méso. Suture du péritoine iliaque. Drainage et réunion en 3 plans.

Suites. La malade qui était fébrile avant l'opération a continué d'avoir une température oscillante sautant de 37°5 à 38°7 de façon habituelle ; quelquefois les oscillations sont plus grandes du matin au soir. Le 31^e jour, on ouvre une petite collection sup-

purée sur la cicatrice, et le 51^e jour apparaît une fistule stercorale. Elle sort le 10 février 1905, soit 91 jours après l'opération, avec cette fistulette. Les garde-robes sont régulières, mais il existe des lésions pulmonaires en évolution. Cette malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 1.916. F. 26 ans. Entrée le 21 juillet 1905, 8 jours avant prise brusquement, le soir, après dîner de douleurs dans la fosse iliaque droite, de vomissements alimentaires, puis bilieux. La douleur est restée très aiguë pendant 48 heures, et la malade est restée constipée pendant ce temps. La crise cesse au bout de 3 jours, mais il persiste une certaine douleur dans la fosse iliaque. Il n'y aurait pas eu de fièvre.

3 mois auparavant, elle aurait eu une crise analogue, mais qui a duré moins longtemps.

Antécédents. N'a jamais eu ni bronchite ni pleurésie, mais, a été opérée, il y 8 ou 9 ans, à Lausanne pour des ganglions du cou.

Examen. On réveille dans la fosse iliaque droite une douleur, à la pression, siégeant exactement au point de Mac Burney. Un peu de contraction du droit. Tuméfaction profonde et peu volumineuse qu'on interprète comme le reliquat d'un plastron inflammatoire. Pas de ballonnements, pas de température. Diagnostic : appendicite.

Opération le 7 août 1905. (Michon) Incision latérale ouvrant la partie externe du droit. On reconnaît une tumeur allongée, dure, en boudin, fixée en dehors et en arrière à la fosse iliaque mais sans adhérences antérieures. Libération en dehors et en arrière. On sent dans le mésocolon, deux ganglions gros comme un gros haricot, qui sont enlevés séparément. La tumeur est

extériorisée puis réséquée. Fermeture des 2 bouts. Anastomose latéro-latérale entre l'iléon et le colon ascendant. Drain dans la zone de décollement et réunion.

Suites très simples. Sortie le 3 septembre, guérie. Revue le 8 décembre, sans douleurs, sans coliques, sans diarrhée. Fonctions intestinales normales. On constate qu'un ganglion sous-maxillaire a augmenté de volume dans ces derniers temps. Cette malade n'a pas été retrouvée depuis.

Examen de la pièce. La pièce comprend 19 cm. de grêle et 9 cm. de gros intestin. La surface du cœcum est normale. Au contraire, la mu du grêle présente une couleur blanchâtre, et par places jaunâtre, par suite de dépôts lipomateux. Le calibre du grêle est diminué, mais la valvule iléo-cœcale laisse encore passer le petit doigt. Le cœcum est très atrophié. Incisée, la pièce montre que le grêle et la valvule iléo-cœcale sont seules épaissies. Cet épaississement atteint 12 mms. A 5 ou 6 cms de l'angle iléo-cœcal, le grêle reprend son aspect normal. L'appendice semble sain. Son méso est grasseux et épaissi. Des ganglions perdus dans la graisse ont été enlevés avec l'intestin. Le plus volumineux à la taille d'une grosse noisette.

Examen microscopique (Lecène). Sur l'intestin grêle, infiltration en masse de toutes les tuniques. La muqueuse est conservée mais la sous-muqueuse et la musculieuse sont complètement infiltrées de follicules tuberculeux contenant de nombreuses cellules géantes et de vastes zones de caséification. Dans la sous-séreuse, follicules tuberculeux, mais moins nets. Ce qui y domine, c'est l'infiltration embryonnaire avec lipomatose diffuse. Présence de bacilles de Koch sur les coupes.

Obs. 2.082. H. 33 ans. Entré le 11 novembre 1905 pour fistule dans la fosse iliaque droite. Il y a 7 ans, ressent des

douleurs lombaires, intercostales, et abdominales avec maximum à droite, d'abord espacées, puis continues. Constipation, pas de vomissements. Sueurs nocturnes, insomnies. Un médecin fait le diagnostic d'appendicite. Il est opéré à l'Hôtel-Dieu par Lucas-Championnière. Sort 21 jours après son entrée, sans suppuration ni fistule. A la suite de l'opération, il est amélioré et ne ressent plus que quelques coliques de temps en temps.

Il y a 2 ans, commence à souffrir au niveau de sa cicatrice et 6 mois plus tard, un abcès se développe. On l'incise, soulagement immédiat, mais le lendemain de l'incision, il s'écoule des matières fécales. Au bout de 7 à 8 mois de pansements, la fistule se referme. Elle reste fermée un mois, puis par plusieurs orifices qui s'ouvrent spontanément, les matières recommencent à couler. Depuis 4 à 5 mois, le malade ressent de plus, des douleurs dans le flanc et les lombes du côté droit. Ces douleurs ne sont pas continues ; ce sont des coliques qui se terminent par l'expulsion d'un gaz par l'anus et d'un peu de pus par la fistule.

Dans les *antécédents* on ne trouve rien d'intéressant à noter.

L'examen montre l'existence d'une cicatrice d'appendicectomie dont les 2/3 inférieurs sont remplacés par plusieurs orifices fistuleux donnant issue à du liquide intestinal jaunâtre et mousseux. Autour de ces fistules, la peau est rouge et enflammée. Le ventre souple partout ailleurs, présente dans la zone située au-dessous de la cicatrice une induration diffuse, atteignant en dedans la ligne médiane, au-dessus du pubis, affleurant presque le pli de l'aîne ; en haut elle atteint la ligne unissant les épinos iliaques antéro-supérieures. Cette région est peu sensible à la pression.

Opération. Le 27 novembre 1905. (Hartmann) Suture à la soie de la peau qui entoure l'orifice fistuleux. Incision sur le droit,

parallèle et un peu en dedans du bord externe. On trouve une masse adhérent à la paroi et à la fosse iliaque. Cette masse est constituée exclusivement par la région iléo-cœcale. On décide d'en faire l'extirpation. Une 2^e incision encercle la région fistuleuse, en passant en dehors d'elle. Décollement de la masse, section de la fin de l'iléon, du mésentère et du colon. Fermeture des 2 bouts d'intestin. Anastomose latérale iléo-colique, suture de la paroi en comblant la brèche péritonéale par une suture du méso iléo-colique sectionné au péritoine pariétal. Drainage de l'espace cellulaire sous-péritonéal.

Suites. Le soir 36°6. Poids 110. Le lendemain, 28 novembre, très pâle. Température 38° et 38°7. Le 29 : émission de gaz par l'anus. Température 38°1-38°3, le 1^{er} décembre, lavement, garde-robe. Le 5 décembre, muguet, coliques. Le 6 : élévation de température à 39°4, matières dans le pansement. Le 7 : la température monte le soir à 40°, souffle à la base droite, matité, conservation des vibrations. Le 8 : température 39° du ventre, par dyspnée progressive.

Obs. 2.485. F. 49 ans. Entrée le 11 juin 1906, pour des douleurs siègeant dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs datent de très longtemps et ont lieu surtout le matin au lever, deux heures après le repas de midi, et quelquefois la nuit. Elles sont accompagnées une ou deux fois par semaine de vomissements jaunes et amers sans aliments, qui ne calment pas la douleur. Depuis son enfance elle a de la diarrhée. Ses douleurs sont devenues plus vives il y a un an. Depuis ce temps elle se sent faible, amaigrie, mais n'a pas de fièvre. Enfin il y a 15 jours, son médecin a constaté une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Antécédents. Pleurésie gauche à 22 ans. A présenté depuis des hémoptysies. Enfin depuis 2 ans a souvent des accès de fièvre avec frissons et claquement de dents, terminés par des sueurs abondantes.

Examen. Ventre adipeux sans météorisme manifeste. Paroi un peu contracturée surtout dans la fosse iliaque droite où la palpation est douloureuse. On y sent une masse profonde à contours assez difficiles à préciser, qui semble collée contre la fosse iliaque sans cependant lui être fusionnée.

Opération le 23 juin 1906. (Hartmann) Incision sur le bord externe du droit. Le cœcum et la fin de l'iléon sont le siège d'une tumeur avec ganglions multiples dans le mésentère. Les 50 derniers centimètres de l'iléon, de même que le cœcum, présentent une éruption de petites granulations, du volume d'un grain de mil à un grain de chénevis, grisâtres, diminuant peu à peu à mesure qu'on s'éloigne du cœcum, pour disparaître complètement à 50 cm. de celui-ci. On prend l'anse au-dessus et on l'attire dans la plaie, puis on cherche l'anse sigmoïde. Comme celle-ci ne se laisse pas amener, on incise le grand droit dans la plus grande partie de sa largeur, et on établit une anastomose latérale iléo-stigmoïdienne. Section de l'iléon au-dessous de l'anastomose après écrasement et ligature des 2 bouts, enfouissement de chacun des bouts. Suture de la paroi aux fils d'argent.

Suites : D'abord diarrhée, puis guérison. Sortie. Pas retrouvée.

Obs. 2.988. H. 48 ans. Entré parce que son médecin lui a découvert une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Malade en assez bon état, encore vigoureux, qui a travaillé jusqu'à ces derniers temps. Il n'a cessé son travail qu'en présence d'une perte progressive des forces et d'un amaigrissement assez

marqué. Il y a 6 à 8 mois, il eut quelques troubles digestifs assez vagues, avec un peu d'irrégularité des selles, puis il y a 6 mois survint une période de constipation suivie d'une période de diarrhée qui dure encore. En même temps, il présente de temps en temps des douleurs à la partie sous-ombilicale de l'abdomen et surtout à droite. Ces douleurs surviennent de préférence aussitôt après les repas. Elles étaient souvent suivies de vomissements, mais actuellement le vomissements ont cessé.

Rien à noter de particulier dans les *antécédents*, sauf une fracture de la rotule gauche avec cal fibreux et fonctionnement parfait.

Examen. Ventre d'aspect normal. La palpation montre dans la fosse iliaque droite une tumeur, du volume d'une petite mandarine, allongée en forme de boudin vers le haut, facile à limiter, à son pôle inférieur, plus diffuse en son pôle supérieur, dure et de surface assez régulière. Cette tumeur est mobile de haut en bas et de droite à gauche ; on peut la faire remonter facilement vers l'ombilic ; au contraire, la mobilité est limitée quand on cherche à l'abaisser en bas et à gauche. La tumeur n'est pas mobile avec les mouvements respiratoires. Rien au toucher rectal. En insufflant le colon, on le voit très rapidement se dessiner sous la paroi jusqu'à la fosse iliaque droite. La tumeur disparaît alors en partie et on sent nettement qu'une partie du colon pleine d'air s'interpose entre elle et la paroi.

Opération 6 mai 1907. (Hartmann) Incision sur le bord externe du grand droit, allant de la fosse iliaque au voisinage du rebord costal. On trouve que tout le colon ascendant est occupé par une masse de consistance charnue. On n'y voit pas de bandes. Rougeâtre, recouvert d'exsudats, il se continue en bas avec un iléon lui-même épaissi. L'infiltration se prolonge

jusqu'à l'angle hépatique, lui-même envahi, mais va progressivement en diminuant. Dans le méso, on sent des ganglions. Incision du péritoine en dehors du colon, décollement de celui-ci avec son méso, ainsi que la partie terminale du méso-iléon. Section du colon transverse entre 2 pinces élastiques, section successive de haut en bas du méso et de ses vaisseaux, jusqu'à ce qu'on arrive sur l'iléon. Fermeture du bout colique par deux plans de suture. Section de l'iléon, ablation de la masse malade, fermeture de l'iléon, anastomose unilatérale iléo-colique, suture de la section du méso-colon à la fin de l'iléon, drain dans la zone de décollement, avec une mèche.

Réunion

Examen de la pièce : L'ensemble présente une longueur de 45 cm. environ, comprenant 7 cm. de transverse, 17 cm. de cœcum-ascendant et 21 de grêle. La tumeur proprement dite occupe le cœcum, la valvule iléo-cœcale et le colon ascendant. La graisse est abondante autour du cœcum et le mésentère cœcal en est assez infiltré. L'ensemble des tissus présente un aspect œdémateux; le cœcum surtout est augmenté de volume; son fond présente, collé sur lui en cimier de casque un gros appendice boursouflé. La pièce ouverte, on voit que le cœcum, la valvule iléo-cœcale et l'iléon ont leurs parois œdématisées et hypertrophiées; l'œdème donne aux plis de la muqueuse un aspect de gelée tremblotante. Enfin, on trouve des saillies polypeuses sur la muqueuse, ganglions lymphatiques hypertrophiés dans le méso.

Suites. Le 2^e jour, selle diarrhéique spontanée. La diarrhée continue les jours suivants, accompagnée d'un peu de ballonnement et de coliques, puis elle cesse vers le 6^e jour; mais les 18, 19 et 20^e jours, elle reprend, accompagnée d'élévation de température à 38° 38°5. Le malade sort le 11 juin, 36 jours après l'opération, avec des garde-robes régulières.

Suites éloignées : Elles furent bonnes pendant 3 ans le malade travaillant et n'ayant qu'un peu de tendance à la diarrhée. En mai 1910, il commença à ressentir de temps en temps dans la journée des douleurs légères dans le ventre, commençant dans le flanc gauche, puis se généralisant. Le 26 mai, ayant déjeuné sans appétit, il fut pris en rentrant de l'atelier de douleurs abdominales vives et subites avec vomissements et diarrhée. Douleurs et vomissements continuent les jours suivants et le 28 mai il rentre à l'hôpital. Température 38°4.

A l'examen on trouve une éventration post-opératoire. Audessous de la cicatrice, on sent dans la profondeur une tumeur occupant toute la partie déclive de la fosse iliaque et surplombant l'arcade crurale. Décès le 1^{er} juin 1910.

Autopsie 3 juin 1910. On trouve, entre les anses grêles, des foyers enkystés contenant du pus caséux et sans odeur. Une de ces loges est située entre la face convexe du foie et la face inférieure du diaphragme. Dans la région de la cicatrice opératoire, on trouve un paquet d'épiploon adhérent ainsi que des anses grêles adhérentes entre elles et dont la libération ouvre également des loges multiples à pus caséux, sans odeur. L'anastomose est difficile à trouver à cause des adhérences multiples : elle est largement perméable. Sur toute la longueur de l'intestin que l'on sectionne suivant sa longueur, il n'existe aucune ulcération. Dans la racine du mésentère se trouvent de gros ganglions. Les 2 poumons présentent des tubercules calcifiés. Un gros ganglion dans le médiastin antérieur. Rien de spécial dans les autres organes.

Obs. 5.147. H. 24 ans. Entré le 26 juillet 1909 pour douleurs dans la fosse iliaque droite. Celles-ci ont commencé il y a 1 mois par une constipation progressive, puis les douleurs débutèrent siégeant dans la fosse iliaque droite avec irradiation

dans l'hypocondre. Vers le 15 juillet, elles devinrent plus fortes, surtout le matin et le soir au coucher. A cette même époque il remarque une tuméfaction de la fosse iliaque droite. Pas de vomissements. Perte de l'appétit.

Examen. Malade pâle et un peu abattu. Dans la fosse iliaque droite, on sent nettement une plaque indurée qui remonte jusqu'à l'ombilic et dépasse même la ligne médiane de 2 travers de doigt. La palpation est douloureuse, principalement à 2 travers de doigt à gauche de l'ombilic. Le ventre n'est ni ballonné, ni tendu.

Rien d'intéressant à noter dans les *antécédents*.

Opération 31 juillet 1909 (Lecène) 1° Incision sur le bord externe du droit. On tombe sur un magma indissécable. Fermeture de l'incision. 2° Incision médiane : on ouvre le péritoine libre; un magna diffus comprenant toute la région iléo-cœcale adhère à la paroi. Dissection pénible mais possible. Extériorisation de l'iléo-cœcum. Résection iléo-cœcale typique. Fermeture des 2 bouts, anastomose iléo-sigmoïdienne. Gros drain dans le Douglas. Tamponnement à la gaze iodoformée contre le paroi de la fosse iliaque et contre la paroi **antérieure de l'abdomen**.

Examen de la pièce. La pièce disséquée montre un placard d'infiltration de l'iléon occupant circulairement l'intestin. A quelques centimètres de l'angle iléo-cœcal, une infiltration de la valvule iléo-cœcale et de l'appendice. Le cœcum est normal.

Suites opératoires. Le soir : température 36°8, pouls 100. Le lendemain : température 39°2 et 39°4. Les jours suivants la température s'abaisse et redevient normale le 6° jour. Mais le 7°, elle remonte pour atteindre 38°9 le 8° jour, elle redescend ensuite et reste normale. Les mèches ont été enlevées le 3° jour, le drain raccourci le 9° et enlevé le 10°. Sorti guéri le 27° jour.

Suites éloignées. Le malade a recommencé son travail jusqu'en

novembre 1909, puis il dut l'interrompre. Nous savons qu'il fut soigné à l'hôpital Tenon à partir de cette époque et qu'il y mourut le 7 février 1910, avec une fistule stercorale.

Obs. 6.013. H. 40 ans. Entré le 21 mai 1910 parce qu'il souffre de la fosse iliaque droite et dans la région de l'aîne du même côté.

Le début date d'il y a un mois. Il ressentit à ce moment, peu à peu, une douleur dans l'aîne droite, plus marquée le soir que le matin, disparaissant la nuit. Cette douleur s'accrut de telle façon que 15 jours après le malade dut s'aliter. Sous l'influence du repos, il se sentit mieux mais la douleur reparut dès qu'il voulut se lever et marcher. Depuis un mois, diarrhée légère mais persistante (2 selles liquides par jour).

Examen. Le palper de la fosse iliaque droite provoque un peu de défense, il est possible cependant de sentir une tumeur collée à la paroi iliaque, dure, longue de 5 à 6 cm. allongée dans le sens de l'arcade, immobile ; ses extrémités sont difficilement perceptibles, surtout en haut ; le bord externe est plus net que l'interne. Un gros ganglion dans l'aisselle gauche. Poumon gauche : respiration très rude sous la clavicule, respiration très diminuée sur toute la hauteur du poumon.

Antécédents : Tousse depuis longtemps, crache, a souvent des sueurs. A eu en juillet 1909 une pleurésie ponctionnée qui a duré un mois.

..Opération 23 mai 1910. (Hartmann) Incision parallèle au bord externe du droit un peu en dehors de lui. On trouve en arrière et au-dessous du cœcum une masse dure, adhérent à la fosse iliaque et à l'épiploon. Section de celui-ci en 3 paquets écrasés et liés. Incision légère du péritoine en dehors du cœcum, décollement colo-pariétal, section et ligature du méso-colon et

du méso-iléon. Ecrasement de l'iléon et du colon ascendant, ligature et enfouissement du bout iléal, 2 plans de suture sur le bout colique. Iléo-colostomie latérale sur une bandelette. Drainage, réunion en 1 seul plan.

Examen de la pièce. Le cœcum, le colon et l'iléon sont sains sur leur face interne, mais le cœcum a ses tuniques externes infiltrées en arrière et il se continue avec une masse fongueuse au niveau de laquelle il est impossible de reconnaître l'appendice.

Suites. Le malade, sortit de l'hôpital conservant un drain pendant 2 mois. Depuis il a gardé une fistulette purulente qui tantôt s'ouvre et tantôt se ferme. Son état général fut d'abord beaucoup amélioré, puis il recommença à baisser et, en particulier, son appétit diminua ; les selles sont restées normales. Ce qui l'amène cette fois à l'hôpital c'est qu'il souffre de la langue et que ses mouvements de mastication sont gênés.

Examen de l'abdomen : Cicatrice de 6 travers de doigt portant à sa partie inférieure un orifice fistuleux. Eventration. La palpation montre une tuméfaction dure, légèrement douloureuse, mate, s'arrêtant brusquement à droite au niveau de la cicatrice, sans limite précise à gauche où elle se continue cependant jusqu'à Sur le bord droit, se voient deux ulcérations, l'une à 1 cm. en cette tuméfaction de façon prolongée, on amène à la fistule une goutte de pus verdâtre.

Examen de la bouche : le malade peut ouvrir normalement la bouche ; la langue est très grosse, surtout dans sa moitié droite. Sur le bord droit, se voit deux ulcérations, l'une à 1 cm. en arrière de la pointe, l'autre plus petite, un peu en arrière, séparée de la première par une saillie de la grosseur d'une lentille. Ces ulcérations ont des bords irréguliers, un peu décollés, de même couleur que le reste de la langue. Elles sont peu profondes, le

fond n'est pas dur, elles ne saignent pas. La palpation est douloureuse. Le plancher de la bouche est normal. Il est impossible de tirer la langue ni de la relever. Mouvements latéraux plus marqués à gauche qu'à droite. Un ganglion sous-hyoïdien, deux ganglions sous-maxillaires droits, quelques-uns en arrière du sterno-cléido-mastoïdien.

Le 23 janvier, écoulement de matières fécales par l'orifice fistuleux, grand abattement, douleur dans la partie droite de l'abdomen qui est tendu. Élévation de température à 38°2.

Le 26 janvier, délire, carphologie, decubitus latéral, réflexes abolis, pupilles égales, pas de contracture. Mort.

Autopsie le 28 janvier 1911. Infiltration tuberculeuse des 2 poumons, petites cavernes dans le 1/3 supérieur du poumon gauche. Dans l'abdomen, pas d'épanchement ni de péritonite. Torsion du mésentère d'un tour dans le sens inverse des aiguilles d'un montre, réduction facile. Le grêle est rose, aplati, jusqu'à 20 cm. de l'abouchement colique. A partir de ce point, qui correspond à la torsion mésentérique, grêle distendu et vioiacé. Colon très distendu. A 4 cm. de l'abouchement iléo-colique, perforation ouverte dans un abcès de la fosse iliaque et communiquant par un long trajet étroit avec la fistule cutanée. Sur la muqueuse du colon ascendant se trouvent 3 ulcérations. L'examen par transparence a semblé montrer qu'en ces points, l'intestin n'est formé que par la séreuse. Gros ganglions crétacés dans la mésentère, près de sa terminaison. Pas de granulations sur les centres nerveux.

Obs. 6.478. H. 41 ans, entré le 18 octobre 1910, pour douleurs abdominales.

Le début remonte à 2 ans, mais déjà auparavant, il avait de petites coliques passagères s'accompagnant quelquefois de

diarrhée. Depuis 2 ans, ressent assez fréquemment des douleurs sourdes dans tout le ventre, survenant surtout l'après-midi, sans horaire fixe. Il y a 3 ou 4 mois, a ressenti au niveau de l'ombilic une douleur en barre qui durait à peine une minute et se répétait tous les 1/4 d'heure. Ces crises se sont répétées depuis, avec les mêmes caractères, mais depuis un mois, elles s'accompagnent d'un gonflement localisé dans la fosse iliaque droite, qui disparaît en même temps que la douleur, avec un gargouillement prolongé. Aucun trouble de l'appétit. Selles habituellement normales, pas d'amaigrissement.

Antécédents : A fait de 1904 à 1906 un séjour au sanatorium d'Angicourt pour tuberculose au sommet droit. Actuellement, tousse un peu, ne crache pas.

Examen : On voit, par moments, un gonflement de la partie droite du bas-ventre. Ce soulèvement dure quelques secondes, s'affaisse; à ce moment on entend un bruit intestinal de glouglou, commençant un peu avant l'affaissement. Cette région est contracturée à la palpitation, mais cette contracture est intermittente. On ne sent pas de tumeur dans la fosse iliaque droite, mais on détermine, à chaque examen, une série de gargouillements. Enfin, on détermine de la douleur, à 3 cm. à droite de la ligne médiane, à 1 cm. au-dessous de la ligne horizontale passant par l'ombilic.

Poumons : Diminution de la sonorité au sommet du poumon droit. Quelques râles sous-crépitaux aux 2 sommets. Recherche du sang dans les fèces : positive après précautions habituelles.

Opération le 26 octobre 1910 (Lecène). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le cœcum est induré et ratatiné sous le foie. Résection iléo-cœco-colique. Anastomose iléo-colique. Drainage. Fermeture de la paroi en un plan.

Suites : Température irrégulière aux environs de 38° pendant

toute la durée du séjour. Sorti le 30 décembre, augmenté de poids.

Examen de la pièce : L'iléon est distendu, mais sain. La valvule iléo-cœcale est rétrécie. Le cœcum, ratatiné sur lui-même, présente sur sa face muqueuse une vaste ulcération qui occupe la paroi postérieure et empiète sur le colon ascendant. Enfin, on voit tout autour de cette ulcération de nombreuses végétations polypôides. Gros ganglions dans le méso.

Suites éloignées. Décédé le 24 mars 1911.

Obs. 6.734 H. 26 ans. Entré le 7 janvier 1911 pour douleurs dans la fosse iliaque droite. Ce malade, soigné au sanatorium d'Angicourt depuis 13 mois, ressentait depuis juin 1910 des douleurs dans tout le ventre, sans horaire fixe et durant une dizaine de minutes.

En septembre 1910, les douleurs augmentèrent et se localisèrent dans la fosse iliaque droite. Elles durèrent cette fois 4 à 5 jours. Crise douloureuse semblable de même siège et de même durée au début d'octobre. Une autre crise en décembre, cette fois accompagnée de vomissements. Selles régulières. Appétit très diminué.

Antécédents : Pleurésie à 17 ans. Depuis 4 ans, tuberculose pulmonaire avec hémoptysies.

Examen : La fosse iliaque droite présente au palper une zone douloureuse avec défense musculaire. On y sent cependant une tuméfaction vague, impossible à délimiter.

Opération 20 janvier 1911. (Lecène) Cœcum à paroi infiltrée, couvert de granulations. L'appendice n'est pas visible. Iléon normal. Résection iléo-cœcale. Iléo-colostomie latérale sur le transverse. Epiplooplastie. Fermeture en 1 plan aux bronzes.

Examen de la pièce : Cœcum et colon à paroi épaissie et indurée, couverte de granulations sur la face péritonéale et de végétations polypoïdes sur la face muqueuse (Ces végétations existaient encore sur le transverse au point où l'anastomose a été faite).

Suites : Température oscillant pendant toute la durée du séjour de 37°4 à 38°4, avec un clocher à 40° le 15^e jour. Sorti le 17^e jour.

Suites éloignées inconnues.

Obs. 6.826. F. 37 ans. Entrée le 4 février 1911 pour douleurs dans le ventre. Elle ressent des troubles digestifs depuis 1906. Ces troubles consistent en pesanteur dans la région épigastrique pendant la digestion. Il s'accroissent pendant une grossesse, s'accompagnent alors de nausées sans vomissements et de besoins fréquents d'aller à la selle (2 à 3 fois dans la journée). Après l'accouchement, les pesanteurs gastriques subsistent. En 1910, elle a, à deux ou trois reprises, la nuit, des crises douloureuses mais passagères, consistant en une sensation de torsion dans l'abdomen. En octobre 1910, elle constate que la fosse iliaque droite est moins souple que la gauche ; elle a souvent des coliques dans la journée et se plaint à la moindre fatigue, de pesanteur dans le bas-ventre. En novembre 1910, à 2 à 3 reprises, elle ressent la série de phénomènes suivants : coliques, puis soulèvement de la paroi abdominale dans la partie sous ombilicale, gargouillements, disparition simultanée des douleurs et de la grosseur. En décembre 1910, elle constate qu'il existe dans la fosse iliaque droite une tumeur qui ne lui fait pas de mal dans l'intervalle des crises. Pendant cette période, les crises sont d'ailleurs plus fréquentes. Le 20 janvier 1911, dans

la nuit, elle a une crise plus violente que les autres ; son médecin la traite par une purgation et lui conseille une opération.

Examen : A l'union de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre, on sent une tuméfaction profonde, un peu allongée obliquement en bas et en dedans, douloureuse à la pression.

Antécédents : Bronchite en 1907. Depuis ce moment, tousses tous les hivers.

Respiration rude au sommet gauche.

A maigri de 40 kgs. depuis 3 ans.

Réaction de Meyer positive.

Opération. Le 15 février 1911. (Hartmann) Incision sur le bord externe du droit. On amène de l'excavation une masse rougeâtre, informe, correspondant au cœcum. La terminaison de l'iléon est rouge mais présente en un point une petite tuméfaction blanchâtre avec granulations sur le péritoine. Nombreux ganglions dans le méso de l'anse iléo-cœcale. Incision du péritoine en dehors du cœcum, décollement, section du mésentère ; section de l'iléon, fermeture : section du colon, fermeture. Anastomose latérale iléo-colique au niveau d'une bande ; surjet sur le péritoine postérieur marsupialisation de la partie inférieure du décollement et drainage. Fermeture du reste de l'incision en un plan aux bronzes.

Examen de la pièce. Vue extérieurement, la région iléo-cœcale est informe, rougeâtre, épaissie. Sur l'intestin grêle, on voit des plaques blanches d'apparence fibreuse. Dans le méso réséqué, une série de ganglions. Le colon semble se continuer directement avec l'iléon. La cavité cœcale a disparu, il n'y a plus trace de valvule iléo-cœcale, mais en ce point existe un rétrécissement qui n'admet que difficilement la branche d'une paire de ciseaux mousses. Ce rétrécissement mesure 4 cm. de longueur,

La paroi y est dépourvue de muqueuse et à l'aspect d'une ulcération plate; son épaisseur atteint 2 cm. A la coupe, elle présente une apparence fibreuse avec quelques ilots graisseux inclus. Au-dessus de ce rétrécissement, l'intestin grêle est dilaté, l'ulcération s'y poursuit et est limitée de ce côté par un contour festonné, nettement découpé. A 10 cm. plus haut, sur l'intestin, correspondant à l'une des plaques blanchâtres décrites, on voit un rétrécissement long d'un centimètre et demi et avec une ulcération qui contourne la plus grande partie de l'intestin. Un autre rétrécissement existe 5 cm. plus haut, très serré et ulcéré. Enfin à 2 cm. 1/2 au-dessus, ulcération ne s'accompagnant pas de rétrécissement. L'appendice, fusionné avec la masse cœcale a une paroi très épaissie une cavité un peu agrandie contenant quelques végétations polypiformes.

Suites : Suppuration de la plaie à partir du 2^e jour. Emission de gaz le 3^e jour. Diarrhée du 14^e au 19^e jour.

Sortie le 8 mars 1911.

Elle rentre à l'hôpital le 28 mai 1912 parce qu'elle présente une fistule stercorale. Cette fistule se ferme spontanément et la malade sort le 31 mai.

Décès le 11 juin 1912.

Obs. 10.412 et 11.484. F. 23 ans. Entre le 23 mai 1914, pour douleurs dans le ventre. Elle a été prise subitement il y a 2 mois de douleurs dans tout le ventre et particulièrement vives à droite. Elle a pu malgré cela continuer son travail; ces douleurs ont duré 15 jours environ, puis se sont calmées en laissant cependant un endolorissement de la fosse iliaque droite. Le 22 mai 1914, elle est prise de nouveau brusquement à 5

heures du matin de douleurs très fortes, elle vomit plusieurs fois dans la journée et dans la nuit.

Examen. Ventre un peu ballonné, douleurs dans la fosse iliaque droite, pas de contracture. Température 38°.2.

Opération le 23 mai 1914. (Lecène) Incision iliaque droite au ras de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dissociation. Ablation d'un appendice très congestionné et recouvert de fausses membranes. Séro-pus dans la fosse iliaque droite. Anses grêles rouges, épiploon vascularisé. Réunion sans drainage. Crins en 8. Faisceau de crins sous la peau.

Suites. Après l'opération, la température ne baisse pas et reste aux environs de 38°. Elle ne cède qu'à partir du 8^e jour. Ablation des fils le 10^e. Sortie le 20^e jour.

Entré le nouveau le 2 juillet 1915, parce qu'elle souffre du ventre. Depuis l'opération, ne s'est jamais bien portée, éprouvait des élancements continuels empêchant le travail, ne pouvait marcher que pliée en deux. En outre, tousse surtout depuis le mois de janvier. Actuellement, souffre du côté droit, par crises.

A la palpation, ventre souple, mais présentant dans la fosse iliaque droite une masse allongée verticalement et difficile à bien délimiter.

Opération le 13 juillet 1915. (Hartmann). Incision sur le bord externe du droit. Il s'écoule un peu de liquide citrin ; nombreuses granulations grisâtres sur toutes les anses d'intestin visibles. La région iléo-cœcale forme une tumeur ferme, adhérente à la fosse iliaque. On amorce avec le bistouri un décollement que l'on continue avec le doigt, on attire la tumeur dans la plaie, elle vient amenant une autre anse grêle fusionnée avec le bord interne du colon ascendant et également épaissie, bien qu'à un moindre degré. Dans ces conditions, on abandonne l'idée d'une extirpa-

tion, on place un drain en dehors du cœcum et on ferme en un plan par des bronzes.

La température qui oscillait de 37° à 39°5 avant l'opération, garde la même allure. Un mois après, fistule stercorale. Le 3 septembre hémoptysie pendant plusieurs jours. Mort le 13 octobre 1915.

Obs. 10.546. H. 51 ans. Entré le 19 juin 1914, pour des douleurs abdominales qui durent depuis 8 semaines. Avant cette époque, ne présentait que quelques douleurs vagues qui n'attiraient pas son attention et allait très régulièrement à la selle. Il y a 8 semaines, commence à ressentir tous les jours ou tous les 2 jours, des coliques se localisant dans le flanc droit, à début soudain, devenant rapidement très vives. Elles cessent aussi brusquement avec sensation d'une filtration au point douloureux. Depuis ce moment, il est très constipé, mais n'a jamais vomi.

Examen. Sensibilité de la fosse iliaque droite avec un peu de contracture musculaire. Dans la fosse iliaque, on sent une tumeur fixe qui remonte jusque dans le flanc. Un lavement baryté montre un rétrécissement occupant le colon ascendant.

Antécédents. Pleurésie en 1913, ponctionnée 2 fois.

Opération. Le 2 juillet 1914 (Hartmann). Incision sur le bord externe du droit. Le cœcum et la partie initiale du colon ascendant forment une tumeur dure bosselée, adhérente en arrière et latéralement. Dévidant le grêle, on voit au-dessus, à 1 mètre environ, un rétrécissement avec une bande blanche transversale indurée. En même temps, granulations disséminées. Dans ces conditions, on referme.

Suites d'abord normales. Ablation des fils le 16^e jour, mais

commence à avoir de la fièvre le 28^e jour, oscille de 37° à 38°5. Sort le 36^e jour.

Décédé 3 mois après.

Obs. 10.551. F. 24 ans. Entrée le 22 juin 1914.

En août 1912, elle ressent un soir des douleurs siégeant dans tout le ventre et plus à droite ; une ou deux heures après, vomissements bilieux qui se répètent pendant 24 heures. Ces douleurs durent 2 à 3 jours. Elle reprend ensuite son travail, mais presque tous les mois avant les règles, elle a une petite crise douloureuse consistant en coliques qui partent de la fosse iliaque droite et irradiant à tout le ventre. Cette crise se répète plusieurs fois, puis se termine brusquement avec bruit de glou-glou et émission de gaz. Puis survient une diarrhée assez abondante, très liquide, un peu noirâtre. En mai 1914, les crises deviennent plus intenses et plus rapprochées et en juin elle deviennent presque quotidiennes. Elles ont les mêmes caractères qu'auparavant, mais de plus, la malade sent dans la fosse iliaque droite une petite bosselure douloureuse de la taille d'une prune dont le relief se soulève et s'affaisse pendant les crises, en même temps que se produisent les bruits intestinaux, généralement la crise se termine par un besoin d'aller à la selle en diarrhée abondante, sanguinolente, avec des peaux sanglantes.

Examen. Ventre plat et souple. A la partie supérieure de la fosse iliaque, à 3 travers de doigt en dehors de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic, on trouve une petite tumeur dure, lobulée, douloureuse, fixe sur la paroi postérieure. Dans la fosse iliaque gauche, on sent le colon qui forme une corde dure. Ganglions cervicaux et axillaires. Submatité dans la fosse sus-épineuse à droite, crépitations au sommet droit à la fin de la respiration. Examen de sang : Globules rouges 2.464.000, hémoglobine 50 0/0

globules blancs 770, poly 54 0/0, grands mono 25 0/0, lympho 21 0/0.

•*Opération.* Le 3 juillet 1914 (Hartmann). Incision iliaque en dehors du bord externe du droit. La région ileo-cœcale forme une tumeur dure, fusionnée avec la paroi postérieure de l'abdomen. Cette tumeur est rouge, épaissie, ferme. Dans le méso colon ascendant ganglions. Sur la fin de l'iléon, à 15 cm. du cœcum, épaissement et plaque infiltrée, blanchâtre de la paroi intestinale. Ligature du méso iléon et du méso colon par petits paquets. Fermeture en bourse de l'iléon, fermeture du colon, entéro-anastomose latérale entre l'iléon et le colon transverse. Fermeture du trou du méso, drain dans la zone décollée, isolée du péritoine. Suture à 3 étages.

Examen de la pièce. L'iléon se continue avec le colon sans cul-de-sac cœcal par un canal rétréci et ulcéré, entouré d'une gangue scléro-adipeuse. L'appendice est perdu dans la tumeur.

Suites. Les premiers jours, température normale, mais régurgitations acides qui font faire à partir du 3^e jour des lavages d'estomac. Ceux-ci amènent la cessation des régurgitations à partir du 7^e jour. Du 6^e au 14^e jour, diarrhée malgré l'ingestion de kephir, d'eau albumineuse, d'élixir parégorique. Le 13 jour, ouverture au niveau de l'orifice du drain, d'une petite collection fétide. Le 16^e jour, la malade est très faible ; un lavage d'estomac ramène une certaine quantité de sang. Le soir, température 39°2. Mort. Pas d'autopsie.

Obs. 11.024. F. 51 ans. Entre à l'hôpital pour douleurs abdominales. En mai 1914, commence à maigrir et à perdre l'appétit. En décembre 1914, coliques très fortes, qui durent 24 heures, vomissements toute une nuit. La douleur cesse brusquement, avec des gargouillements dans la fosse iliaque droite et l'expulsion de quelques gaz. Depuis ce moment, ressent tous les

jours des coliques semblables, quoique moins longues et moins vives, mais ne vomit plus. Elle n'est pas constipée, au contraire, elle a eu il y a 4 à 5 mois de la diarrhée.

Antécédents personnels : Erysipèle de la face. A eu 2 enfants, un mort-né et un mort à 3 ans, de méningite.

Etat actuel : Ventre légèrement météorisé. Palpation douloureuse dans les fosses iliaques et les flancs. On constate la présence dans le flanc droit, à hauteur de l'ombilic, d'une tumeur dure qui semble à cheval sur la partie postérieure de la crête iliaque, du volume d'une pomme d'api, collée contre la paroi postérieure et immobile.

Radioscopie. La malade est examinée 6 heures après un repas opaque. Celui-ci occupe la parte terminale du grêle qui présente des dilatations. Celles-ci empêchent de savoir si on se trouve en présence du cœcum ou de la partie terminale de l'iléon élargi. L'étude des clichés fait penser plutôt à une dilatation iléale avec substitution au cœcum d'un défilé. Le défilé mesure 5 à 6 cm. de long. Il est irrégulier, plus étroit en haut qu'en bas. On aperçoit au-dessus un gros intestin dont le calibre paraît normal. Un lavement baryté montre l'arrêt du lavement un peu en amont de l'angle sous-hépatique. Le défilé précédemment décrit conserve les mêmes caractères, et bien que la malade soit dans le décubitus dorsal, il conserve la même situation par rapport à la crête iliaque, que lors de l'examen fait en situation debout. *Conclusions* : Sténose du cœcum et d'une partie du colon ascendant.

Opération le 28 janvier 1915 (Hartmann). Incision verticale sur le bord externe du droit. Section et ligature par petits paquets du grand épiploon qui adhère et recouvre une masse dure, fusionnée avec la paroi postérieure. Décollement et soulèvement de cette

masse. En bas, elle est fusionnée avec les annexes droites. On sectionne celles-ci près de l'utérus, en les laissant adhérentes à la tumeur. Section du méso-iléon et du méso-colon; section et fermeture de l'iléon et du colon, anastomose iléo-colique latérale, réunion du méso, fermeture du ventre avec un drain.

Examen de la pièce. La pièce ouverte, on voit qu'il existe une ulcération ayant amené la destruction complète de la valvule. Cette ulcération a des bords nettement découpés. En ce point l'intestin est sténosé. Il n'existe plus de cul-de-sac cœcal, l'iléon se continue par le colon ascendant.

Suites : D'abord normales. Congestion pulmonaire le 7^e et le 8^e jour. Ablation des fils le 12^e et le 15^e jour.

Suites éloignées : Revue à diverses reprises, en 1915, 1916, 1918, 1924, en très bon état. En juin 1925, se plaint de souffrir un peu du ventre. En octobre 1925, rentre à l'hôpital, se plaignant de diarrhée, de douleurs abdominales à forme de coliques. Elle présente de plus un abcès froid xyphoïdien et une tuberculose pulmonaire avec bacilles dans les crachats. Grand amaigrissement. Décès en janvier 1926.

Obs. 12.805. F. 30 ans. Entrée le 16 juillet 1916 pour douleurs abdominales, datant de 18 mois. En janvier 1915, elles ont commencé par une sensation douloureuse 1 à 2 heures après les repas, durant 1 heure 1/2, s'accompagnant de vomissements bilieux. Cette douleur allant du creux épigastrique au flanc gauche. La douleur cesse de mai à décembre 1915. Elle reprend à ce moment et aussi au début de janvier 1916. Depuis cette époque les douleurs reviennent tous les 15 jours. De plus la malade autrefois constipée, va maintenant à la selle tous les jours avec des matières liquides. Depuis avril 1916, les douleurs

ont changé de siège, elles existent maintenant des 2 côtés et affectent souvent la forme de coliques.

Examen : Ventre un peu saillant, à sonorité exagérée. Au palper, on trouve dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction un peu sensible à la pression, qui se termine en bas un peu au-dessous de l'épine iliaque, se perd en haut dans le flanc et semble profondément située au contact de la paroi postérieure.

Opération 21 août 1916 (Hartmann). Incision sur le bord externe du droit. On trouve une masse adhérente à la paroi, formée d'un magma d'épiploon et d'intestins et couverte de granulations. Il semble impossible d'enlever la totalité de ce gâteau. On referme en un plan aux bronzes.

Suites normales : reste cependant sub-fébrile entre 37 et 38°. Sort le 17^e jour.

Obs. 14.846. F. 24 ans. Entrée le 14 décembre 1917 pour douleurs dans le côté droit du ventre. Elle a toujours été bien portante jusqu'en juin 1915. A ce moment, elle ressent une douleur sourde dans la fosse iliaque droite, qui dure un ou deux jours sans empêcher le sommeil. La douleur revient de temps en temps ensuite, mais elle ne l'empêche pas de travailler. L'appétit continue à être bon, les selles sont normales. Au début de l'hiver 1916, les douleurs augmentent et prennent la forme de coliques se propageant de gauche à droite pour finir dans la fosse iliaque droite. Elle cessent après un bruit de glou-glou et il y a, à ce moment, émission de gaz. A ce moment, diminution de l'appétit, alternatives de diarrhée et de constipation, amaigrissement, pas de vomissements. En novembre 1917, crise très forte, survenant la nuit accompagnée de nausées. En décembre 1917, crise encore plus forte qui l'oblige à se coucher et qui s'accompa-

gne de vomissements. C'est à ce moment qu'elle entre à l'hôpital très amaigrie et se sentant fiévreuse le soir.

Rien de particulier dans les antécédents.

Examen : Ventre d'aspect normal, un peu tendu. Au-dessous et à droite de l'ombilic on sent une masse dure et lobulée, mal limitée, sensible à la pression, immobile avec les mouvements respiratoires, fixée sur la paroi postérieure de l'abdomen, un peu sonore à la percussion, donnant la sensation de ballottement par le soulèvement brusque de la paroi postérieure.

Opération 31 décembre 1917 (Hartmann). Incision en dehors du droit. On trouve une tumeur fusionnée avec la paroi postérieure de l'abdomen et à la fosse iliaque. L'épiploon adhérent à la face antérieure de cette tumeur est libéré. Incision en dehors du colon, décollement. Ligature du méso-colon ascendant sectionné, section du colon ascendant à son 1/3 supérieur, mais au-dessous existent encore des lésions. On libère l'angle du colon, on sectionne au thermo la partie droite du transverse après écrasement. Enfouissement. Section de l'iléon, fermeture. On voit alors que plus haut sur le grêle se trouvent des granulations tuberculeuses et qu'à 50 cm. environ, existe un rétrécissement avec épaississement de la paroi. On fait une iléo-sigmoïdostomie au-dessus de ce rétrécissement, ce qui laisse un long cul-de-sac au-dessous de l'anastomose. Réunion en un plan, drain.

Suites : La température s'élève à 40° le soir du 2^e jour. Emission de gaz le 3^e jour. Huile de ricin le 4^e. Le 5^e jour, issue de matières fécales par le drain. Depuis, la température n'a cessé d'osciller de 38° à 39° et la fistule stercorale a dérivé toutes les matières jusqu'au 55^e jour, date de la 1^e selle par l'anus. Mort le 71^e jour.

Obs. 15.690 et 16.760. F. 48 ans. Entrée le 10 mai 1918 pour une tuméfaction de la fosse iliaque droite. Il y a 6 ans, elle fut prise brusquement de douleurs abdominales et de vomissements. Depuis cette crise qui l'a obligée à garder le lit pendant 2 mois, elle est souvent incommodée par des douleurs, la nuit, qui la réveillent, s'accompagnent de vomissements, mais ne durent que quelques heures. Dans l'intervalle des douleurs, la malade se sent très bien. Depuis septembre 1917, les crises sont devenues plus fortes ; elles l'obligent à cesser son travail et la malade commence à ce moment à maigrir. Enfin en février 1918, les douleurs deviennent constantes et il survient une constipation opiniâtre et une perte presque complète de l'appétit.

Antécédents : Mari mort de pleurésie.

Examen : Le 26 mai 1918. On trouve dans la fosse iliaque droite et dans l'hypogastre une tumeur à convexité supéro-interne, s'étendant en bas jusqu'à l'arcade, douloureuse à la pression, fixée, ferme, sans dureté. Toucher vaginal : en avant et à droite de l'utérus on sent la partie inférieure de la masse perçue dans l'abdomen.

Le 22 juin 1918, la tuméfaction présente au niveau de son point le plus sensible, une certaine dépressibilité.

Opération le 26 juin 1918 (Hartmann). Incision parallèle à l'arcade et immédiatement sus-jacente. Ouverture d'une collection purulente sans odeur qui se prolonge dans la fosse iliaque en arrière du cœcum. Un drain.

A la suite de cette incision, le drain a été laissé en place 15 jours, puis rapetissé progressivement, et enfin remplacé par une mèche. Le 10 décembre 1918, on voit en examinant la malade un orifice ovalaire par lequel s'écoulent des matières intestinales. Cet orifice est situé à la partie moyenne de la cicatrice.

Dans la fosse iliaque droite, on sent toujours la tuméfaction.

Le 28 décembre, crise douloureuse avec vomissements suivi d'un écoulement plus abondant par la fistule.

Opération 31 janvier 1919 (Hartmann). Fermeture de la fistule par un surjet. Incision médiane. La région cœcale est prise dans une masse adhérente à la fosse iliaque et à la paroi abdominale. Contre elle, on voit une anse grêle qui se recourbe en bas et devient libre en tombant dans l'excavation. On amène la partie libre de cette anse et l'on voit qu'en un point elle présente un épaississement occupant la plus grande partie de la circonférence de l'intestin. Ce point est réséqué et enfoui, mais quand on veut faire une iléo-sigmoïdostomie, on voit que 25 cm. plus haut sur le grêle existe un autre rétrécissement. Anastomose au-dessus de ce dernier. Le cul-de-sac n'est pas réséqué pour ne pas prolonger l'opération. Fermeture en un plan aux bronzes.

Suites : Le soir 36°2, pouls 110. Les 3 premiers jours, rien d'anormal. Le 4^e jour, température 37°6-38°4, vomissements. Lavage d'estomac qui ramène un liquide vert, pouls filant. Décès le 5^e jour. Pas d'autopsie.

Examen histologique. Tuberculose. Cellules géantes. Lésions discrètes localisées dans la sous-muqueuse. (Peyron).

Obs. 16.030. F. 32 ans. Entrée le 24 août 1918, pour douleurs dans le côté droit du ventre. Il y a 6 ou 7 ans qu'elle a commencé à souffrir de ce côté. A ce moment, il s'agissait de douleurs sourdes survenant de temps en temps et ne la gênant pas beaucoup. Elles furent attribuées à un rein mobile. Une sangle de Glénard la soulagea pendant quelque temps, mais elles revinrent bientôt. L'appétit était bon et la malade ne maigrissait pas. En novembre 1917, elle ressentit des coliques dans tout le ventre

avec une douleur fixe dans la fosse iliaque droite. Nausées, vomissements. Cela dura 3 ou 4 jours et ensuite, la douleur du côté droit subsista, seule. C'est après cette crise qu'elle commença à avoir de la diarrhée (3 à 4 selles liquides dans la journée). Le 2 juin 1918 nouvelle crise avec coliques et vomissements, un peu de fièvre. Cette crise dure 3 jours.

Examen : Malade pâle. Ventre à peu près normal, présentant cependant une certaine surélévation au-dessous et à droite de l'ombilic. Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse qui remonte jusque dans le flanc droit, laissant libre la partie la plus inférieure de la fosse iliaque submate, douloureuse à la pression, à la surface inégale. Submatité au sommet gauche. Diminution du murmure vésiculaire au même sommet, avec quelques craquements apparaissant après la toux.

Opération le 31 août 1918 (Hartmann). Incision en dehors du droit. Fusionnée avec l'épiploon existe une tumeur iléo-colique qui se continue avec une induration du colon occupant le colon transverse, l'angle sphénique et s'arrêtant sur le descendant au niveau du flanc gauche. On branche une section transversale au voisinage de l'ombilic. Incision du péritoine, en dehors du colon ascendant. Libération postérieure, ligature et section par paquets de l'épiploon gastro-colique et du méso-colon transverse. Libération de l'angle gauche, section et enfouissement du colon descendant. Même manœuvre sur l'iléon. Ablation de la tumeur. Iléo-sigmoidostomie latérale, marsupialisation et drainage de la zoie décollée. Réunion de la paroi en un plan aux bronzes.

Examen de la pièce : Elle comprend 12 cm. d'iléon, le cœcum, le colon ascendant, le transverse et une partie du descendant. L'iléon est un peu dilaté, surtout dans les 4 cm. qui précèdent immédiatement la valvule. La muqueuse ne présente pas

d'altération mais l'ensemble des tuniques est épaissie. La valvule iléo-cœcale est remplacée par une sorte de bride d'apparence cicatricielle. La cavité cœcale a disparu. L'iléon semble se continuer directement avec le colon. La partie initiale du gros intestin est tapissée par une surface en partie ulcérée, en partie lisse, en partie recouverte de granulations. Immédiatement au-dessus, l'intestin est rétréci, recouverte par une série de petits polypes mous, du volume d'un gros grain de blé. A partir de là, la muqueuse est très épaissie, présente des ulcérations et des granulations. Dans quelques points, au voisinage de l'ulcération se voient des végétations polypôides. Vers la fin du transverse, sur une étendue de 3 travers de doigt, existe un nouveau rétrécissement, un troisième existe sur l'origine du descendant. Au dessous la muqueuse reprend son aspect normal. A la jonction du cœcum et du colon ascendant l'épaisseur de la paroi est de 1 cm 1/2 à 2 cm. Dans le méso iléo-colique une série de ganglions dont quelques-uns présentent à leur centre des points crétacés.

Décès le lendemain.

Obs. 18.185. F. 32 ans. Entrée le 12 novembre 1919 pour douleurs dans la fosse iliaque droite. Depuis 6 ans, elle souffre assez fréquemment mais par intermittences à droite. Ces douleurs ne l'ont jamais empêchée de continuer son travail. Elles ne s'accompagnaient pas de vomissements mais étaient suivies de diarrhée pendant 3 à 5 jours. En février 1919, les douleurs ont augmenté et sont devenues presque constantes. Elles se sont accompagnées de vomissements et d'amaigrissement.

Examen : On trouve à la jonction de la fosse iliaque et du flanc droit une tumeur douloureuse, du volume d'une petite man-

darine, de surface inégale, de forme générale arrondie, un peu mobile dans le sens latéral, très peu dans le sens vertical, ne bougeant pas avec les mouvements respiratoires. Pendant l'examen on a, à plusieurs reprises, la sensation de gargouillement. Diminution de la sonorité abdominale au niveau de la tumeur.

Le 25 novembre 1919, on donne un lavement baryté.

Le rectum, le colon descendant et le transverse se remplissent régulièrement. Arrêt brusque de la baryte au-dessous de l'angle hépatique du colon. La partie susjacente du gros intestin est largement dilatée et se termine en pointe. Au-dessous, un filet étroit long de 6 à 8 cm. apparaît au bout de quelques minutes dans la zone qui correspond à la tumeur. Reflux de baryte dans les dernières anses iléales par lésion probable de la valvule iléo-cœcale.

Opération le 27 novembre 1919. Incision dans le flanc droit, descendant dans la fosse iliaque et située un peu en dehors du grand droit. Tout le cœcum, le colon ascendant, l'angle droit du colon et les derniers centimètres d'iléon sont épaissis, un peu œdémateux. Ganglions dans le méso. Incision en dehors du colon. Décollement postérieur en passant en arrière des vaisseaux de l'intestin. Au moment du décollement de l'angle du colon, petite déchirure du duodénum qu'on referme par un double point de suture. Ligature du méso-colon et du méso-iléon, écrasement et fermeture de l'iléon du colon. Iléo-colostomie latérale sur le transverse, suture de la fin du méso-iléon et du méso-colon. La loge de décollement est marsupialisée et l'abdomen fermé avec un drain.

Examen de la pièce : L'intestin grêle se continue directement avec le gros intestin, la séparation n'étant marquée que par une sorte de bourrelet remplaçant la valvule iléo-cœcale et rétrécis-

sant le calibre au point de le rendre inférieur à celui d'un crayon. La muqueuse de l'intestin grêle est épaissie, oedémateuse sur une longueur de 5 à 6 cm. On y voit une ulcération à grand axe transversal, occupant la plus grande partie de la largeur de l'intestin. La dépression du cœcum a disparu. La muqueuse colique est ulcérée sur toute la hauteur du colon ascendant. Enfin, tout le colon est entouré par une masse scléro-adipeuse qui se continue en s'atténuant dans le méso de l'angle iléo-colique. En ce point, nombreux ganglions.

Histologie : La paroi intestinale est partout infiltrée de tubercules féro-caséux avec cellules géantes particulièrement nombreuses. Les lésions sont maximum dans la sous-muqueuse et la muqueuse.

Suites normales.

La malade a été perdue de vue.

Obs. 18.202. H. 30 ans. Entré le 13 novembre 1919 pour douleurs abdominales. En avril 1915 il a commencé à ressentir des coliques avec une douleur fixe mais légère, dans la partie droite de l'abdomen; 15 jours après, vomissements. Il est blessé le 7 juillet 1915 (plaie contuse du cuir chevelu), il est évacué sur une ambulance, mais malgré l'insignifiance de sa blessure, il est gardé 2 jours à l'infirmerie de la gare de Ste-Ménéhould, à cause de son état général qui est très mauvais, le médecin estimant qu'il ne pouvait continuer le voyage. Il a en effet des vomissements et de la diarrhée. A l'hôpital il est amélioré par l'opium et la glace, mais une ancienne otite recommence à suppurer. Elle est soignée à Tulle. A la suite de tout cela, il est versé dans l'auxiliaire. En mai 1916, il est rappelé à Paris comme mécanicien; il se plaint toujours de crises de coliques et a des alternatives

de diarrhée et de constipation ; il est souvent obligé d'arrêter son travail. Actuellement, les douleurs ont le même caractère, mais en même temps qu'il souffre, son ventre se gonfle. Gonflement et douleurs disparaissent avec un bruit de gargouillement, puis la douleur reparait avec un nouveau ballonnement, et ainsi de suite.

Antécédents : Chancré soigné depuis 1912. N'a jamais eu d'accidents secondaires. Suppuration auriculaire vers 1913.

Examen : L'abdomen, convexe transversalement, est concave longitudinalement. La palpation montre de la douleur dans la fosse iliaque et le flanc droit et de la contracture musculaire aux mêmes points. Le côté droit est nettement plus mat que le gauche. Lavement baryté. Le rectum, le colon descendant et le transverse se remplissent normalement, puis on observe un arrêt brusque au niveau de l'angle sous-hépatique. Cet arrêt persiste malgré l'augmentation de pression et suivant une ligne nette. Le colon ascendant est visible grâce à la présence de gaz au-dessus de l'arrêt de la baryte.

Opération 3 décembre 1919 (Hartmann). Incision médiane sous-ombilicale. On voit dans la plaie une anse grêle dilatée, à paroi épaissie, œdémateuse et rougeâtre. On l'attire et on voit qu'elle amène au cœcum. Immédiatement au-dessus de celui-ci on sent une induration de la paroi intestinale. Le méso-colon ascendant est très épaissi et contient de nombreux ganglions jusque sous la partie droite du colon transverse. Ligature en plusieurs paquets du méso-colon ascendant et de la fin du mésentère. Séparation de l'angle droit du colon de la face inférieure du foie à laquelle il adhère. Ecrasement de l'iléon et du colon transverse, fermeture. Iléo-colostomie latérale. Suture du méso, drain dans la fosse iliaque droite. Réunion.

Examen de la pièce : La partie terminale de l'iléon communique largement avec le cœcum formant une cavité unique. La valvule n'existe plus qu'à l'état de petit bourrelet à peine visible. Dans l'iléon existent une série de noyaux de cerises et de noyaux de prunes. Au-dessus du cœcum, à la partie initiale du colon ascendant, rétrécissement serré d'une hauteur de 2 cm. 1/2, à surface granuleuse et ulcérée. Au-dessus, muqueuse colique normale. Nombreux ganglions dans le méso réséqué.

Suites normales. Sort le 39^e jour.

Suites éloignées : Se porte bien pendant 4 ans. En fin 1924, revient se plaignant d'alternatives de diarrhée et de constipation; il va bien quand il a de la diarrhée, mais souffre quand il est constipé, et a alors des bruits intestinaux. En 1925, a dû rentrer à l'hôpital Cochin présentant des douleurs de plus en plus vives et, paraît-il, une tuméfaction dans la fosse iliaque droite qui se gonflait pendant ses douleurs. Il a commencé alors à tousser beaucoup et il est mort dans les premiers mois de 1926.

Obs. 19.128 et 20.063. H. 15 ans. Entré le 4 août 1920, pour une crise d'appendicite survenue au mois de juin 1920. Déjà en 1917, il avait été pris d'une crise du côté droit avec vomissements, constipation, et il a dû rester couché à ce moment pendant 2 semaines. Jusqu'en juin 1920, il a été en parfaite santé. En revenant de l'école, à 6 heures, il a été pris à cette date de douleurs dans le côté droit du ventre, très violentes, avec irradiations à la cuisse droite et dans les bourses. Il doit se coucher sans dîner; la nuit, il est pris de vomissements. La douleur dure 4 jours, le 8^e il commence à s'alimenter, le 9^e il se lève. Au moment de sa crise, il est resté constipé 10 jours. La température n'a pas été prise. Depuis, aucune douleur.

Examen : Le malade a un aspect de bonne santé, mais il est peu développé pour son âge : petite taille, pas de poils au pubis, testicules petits et mous. En palpant, on réveille de la douleur dans la fosse iliaque et l'hypocondre droits. Tousse tous les hivers ; respiration soufflante au sommet, expiration prolongée.

Opération le 6 août 1920 (Okynczyc). Chloroforme. Incision de Mac Burney. Cœcum et appendice gros. Ce dernier est adhérent à sa partie moyenne et porte des traces d'inflammation récente. Ablation de l'appendice. Suture de la peau sans drainage.

Suites normales. Sortie le 10^e jour.

Entre le 23 avril 1921 parce que depuis 3 jours, il souffre dans la région iliaque droite et parce qu'il s'est manifesté sous la cicatrice une tuméfaction. A l'examen, on constate au niveau de la cicatrice une tuméfaction visible, du volume d'une petite noix. La peau glisse à sa surface. Cette tuméfaction, arrondie, élastique, présente quelques bosselures et est douloureuse. Elle n'est pas réductible. La palpation de la fosse iliaque ne révèle pas de tuméfaction appréciable. Pas de modifications dans les selles qui sont régulières. Pas de ballonnement du ventre, pas de vomissements. On pense à une petite éventration avec épiploocèle et on intervient le jour même.

Opération le 23 avril 1921 (Okynczyc). Chloroforme. Incision de la peau. On tombe immédiatement dans le tissu cellulaire sur une masse fibreuse avec fongosités au centre qui marque l'envahissement de la paroi musculaire par une tuberculose intestinale sousjacent. Agrandissement de l'incision, on pénètre dans le péritoine libre, on trouve alors une tuberculose iléo-cœcale avec volumineux ganglions dans le méso-colon et le mésentère. C'est le cœcum qui adhère à la paroi. Excision de toute la paroi adhérente en la laissant en rapport avec le cœcum. Extériorisa-

tion de toute l'angle iléo-cœcal jusqu'à l'angle hépatique du colon. Ligature des vaisseaux du méso, section de l'intestin grêle à 25 cm. de l'angle iléo-cœcal, puis du transverse au voisinage de l'angle hépatique. Résection, fermeture à 3 plans du colon. Implantation iléo-colique termino-latérale avec épiplooplastie. Fermeture de la brèche mésentérique par suture du mésentère avec le péritoine pariétal postérieur. Un drain est placé dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, bien isolé par une fermeture complète du péritoine. Fermeture de la paroi en 3 plans. Décès le 26 avril 1921.

La pièce enlevée montre des lésions étendues de tuberculose, surtout du côté de l'intestin grêle, sous forme de petites granulations disséminées dans la muqueuse. Au niveau du cœcum, un foyer plus confluent correspond à la zone adhérente qui a envahi la paroi abdominale. En ce point existe une ulcération.

Histologie. Grosse infiltration tuberculeuse histologiquement typique (Maurice Renaud).

Pas d'autopsie.

Obs. 19.366. F. 48 ans. Entrée le 8 octobre 1920 pour douleurs abdominales. Elle souffre du ventre depuis plus de 6 ans. Au printemps de 1914, après une pleurésie qui a duré 15 jours, sont survenues des coliques abdominales qui s'exagérèrent dès que la malade recommença à se lever. Ces douleurs surviennent 4 à 5 heures après le repas de midi. Elles débutent dans la fosse iliaque droite, elles se généralisent ensuite à tout l'abdomen. En même temps, une voussure se dessine dans la région sous-ombilicale, des oadulations sont visibles à son niveau, puis des gargouillements sont entendus et la douleur se calme. 5 à 10 minutes après, les mêmes choses recommencent, et aussi sou-

vent toute la nuit. Assez souvent, ces crises sont accompagnées de vomissements et après elles, surviennent quelquefois des débâcles de matières. Le début de la garde-robe est dur, la fin est liquide. Pendant la crise, émission de gaz qui soulagent beaucoup la douleur.

De 1914 à 1920, ces crises se reproduisent au moins une fois par semaine. En juillet 1920, elle constate que son ventre grossit. C'est à ce moment qu'elle entre à l'hôpital.

Examen : Ventre un peu augmenté de volume dans sa moitié inférieure. On y voit des mouvements péristaltiques qui semblent partir à droite de l'ombilic, se dirigeant vers la fosse iliaque droite. Le ventre est souple, sonore dans les flancs. Pas d'ascite.

Toucher vaginal : col utérin regardant en bas en arrière. Dans le cul-de-sac antérieur on sent le corps utérin normal. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse dure non douloureuse, semblant mobile avec le col. Cette masse se retrouve au niveau du flanc gauche, à hauteur de l'ombilic et du côté droit, un peu au-dessus de la symphyse. Cette masse a des contours arrondis et semble faire corps avec l'utérus qu'elle repousse en avant. Les culs-de-sac latéraux sont souples.

Respiration très rude au sommet ; un peu de fièvre qui paraît liée à l'état pulmonaire.

Opération le 28 octobre 1920. (Okinczyc). Ether. Cœliotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on tombe sur une anse grêle très dilatée. On l'extériorise et on trouve au-dessous 2 rétrécissements de l'intestin grêle, surmontés d'une énorme dilatation formant un véritable anévrysme intestinal. En explorant l'intestin vers sa terminaison on trouve encore 7 à 8 sténoses incomplètes et beaucoup moins serrées. Enfin le cœcum

forme une tumeur et on trouve à ce niveau l'apparence d'une tuberculose iléo-cœcale typique. Gros ganglions dans le mésentère. L'exploration des organes génitaux montre un gros kyste intra-ligamentaire qui est énuclé aussitôt. Clivage du fascia d'accollement iléo-cœcal et extériorisation de la tumeur. La section de l'intestin grêle est faite à une grande distance du cœcum pour supprimer en même temps un ou deux petits rétrécissements qui siègent sur sa continuité. Section au thermo du colon ascendant, fermeture à 3 plans. Implantation de l'intestin grêle dans la moitié droite du colon transverse. La suture est recouverte et protégée par l'épiploon.

Extériorisation du segment le plus altéré de l'intestin grêle où siègent les rétrécissements et la dilatation. Large résection et suture termino-terminale. Fermeture de la paroi à 1 plan.

Suites normales. Sortie le 19^e jour.

Suites éloignées : En mai 1922, elle n'a jamais plus eu de douleurs dans le ventre, et son intestin fonctionne régulièrement, quoique avec un peu de tendance à la diarrhée. Malheureusement, tuberculose pulmonaire en évolution qui amène la mort 20 mois après la résection.

Obs. 19.580. F. 23 ans. Entrée le 6 décembre 1920 pour douleurs du côté droit et pour une grosseur de ce côté. En juin 1920, la malade étant à l'hôpital pour des métrorragies, on s'aperçut fortuitement qu'elle avait des hématuries. Elle remarqua alors qu'elle urinait plus souvent, moins à la fois et qu'elle ressentait quelques élancements dans les reins, surtout à droite. On s'aperçut aussi à ce moment de signes stéthoscopiques qui firent craindre la tuberculose pulmonaire, d'autant plus qu'elle toussait et avait des sueurs abondantes la nuit et enfin on sentit

dans l'hypocondre droit, une grosseur. Au mois d'octobre, la malade doit partir pour un sanatorium, mais on s'aperçut à ce moment que son ventre grossissait de façon intermittente à droite. Pendant ce moment, elle ressent des coliques. Enfin, elle a des alternatives de diarrhée et de constipation.

Antécédents : A 4 ans, coxalgie, actuellement guérie, soignée à Berck. En juin 1918 après un accouchement, commence à tousser beaucoup et à avoir des sueurs nocturnes avec frissons. En juin 1919, pleurésie.

Examen : Malade d'aspect floride. Ventre d'aspect normal, dépressible, non douloureux. Dans la fosse iliaque droite, les doigts rencontrent une masse de consistance ferme, du volume du poing, allongée dans le sens vertical, facilement mobilisable, douloureuse à la pression forte.

Respiration soufflante aux 2 sommets.

Opération 23 décembre 1920 (Cadenat). Laparotomie paramédiane droite. Le cœcum est hypertrophié mais très mobile. Quelques ganglions dans l'angle iléo-cœcal. Hemi-colectomie droite. Anastomose termino-latérale. Enfouissement double du bout colique. Epiploon rabattu et fixé sur l'anastomose, pas de drainage.

Examen de la pièce : La paroi intestinale est peu épaissie. La sensation de tumeur est surtout due à une abondante lipomatose peri-cœcale englobant l'appendice. La muqueuse est épaissie, dépolie, de couleur saumonée, brunâtre. Les lésions de la muqueuse s'étendent sur 6 cm. en hauteur. La valvule iléo-cœcale est très épaissie et effacée. L'orifice cœcal de l'appendice est dilaté et admet un petit crayon.

Suites normales. Sortie le 23^e jour.

La malade n'a pas été retrouvée.

Obs. 19.817. H. 51 ans. Entré le 21 janvier 1921 parce qu'il souffre du ventre. Depuis sa jeunesse il a été un peu sujet à la diarrhée, mais il est resté bien portant jusqu'en novembre 1920. A ce moment, il ressent un matin une douleur vive, localisée dans la fosse iliaque droite, sourde et persistante qui l'oblige à cesser son travail. Constipation pendant 3 jours. Ni vomissements, ni nausées. Au bout de 3 jours, il se lève sans appétit et sans force, il a de la diarrhée et la douleur cesse. Le 18 janvier 1921 les douleurs recommencent sans fièvre, sans vomissements mais accompagnées de diarrhée. C'est alors qu'il vient consulter à l'Hotel-Dieu.

Antécédents : Chancre à 29 ans, sans accidents ultérieurs, quoique traité de façon fort irrégulière. Bronchite il y a 18 ans et pleurésie droite il y a 16 ans.

Examen : Ventre un peu augmenté de volume, sans voussure anormale, souple dans la moitié gauche. Dans la fosse iliaque droite à sa jonction avec l'hypocondre, on sent une tumeur de consistance assez dure, un peu irrégulière, à limite inférieure nette, située un peu au-dessous de la ligne spino-ombilicale, son volume est celui d'une orange ; elle n'est pas mobile avec les mouvements respiratoires, légèrement mobile dans le sens trasnversal, ne prend pas le contact lombaire. Cet examen est peu douloureux.

Radioscopie : Le lavement baryté remplit régulièrement le gros intestin jusqu'à la partie supérieure du colon ascendant. La baryte s'arrête de façon nette au niveau de la tumeur et au bout d'un quart d'heure on ne voit pas de filet pénétrer dans la grosseur. Celle-ci continue en bas l'image du colon ascendant mais le déborde largement en dedans. Sa mobilisation entraîne celle du colon.

Opération le 21 février 1921 (Hartmann). Incision verticale

dans le flanc droit, se recourbant un peu en dedans à sa partie inférieure. On trouve dans le flanc et la fosse iliaque, une volumineuse tumeur adhérente en arrière et recouverte en avant par l'épiploon, adhérents. Ecrasement et section de l'épiploon, on sectionne au bistouri le péritoine en dehors de la tumeur, puis on décolle. Près du détroit supérieur, on ouvre une petite collection suppurée. Ligature du méso-colon, en dedans d'un paquet ganglionnaire. Ecrasement du colon, suture, enfouissement. Même manœuvre pour le grêle. Iléo-colostomie latérale sur la partie droite du colon transverse, marsupialisation de la poche cruentée, fermant en même temps l'espace compris entre l'anastomose et la paroi supérieure. Drain, suture en un plan.

Examen de la pièce : La tumeur ouverte montre sur le colon une sorte de bouchon qui oblitère complètement la lumière de l'intestin avec une petite végétation pédiculée à son niveau. L'intestin forme un canal qui va s'élargissant en entonnoir vers l'iléon. Celui-ci se continue en ligne droite avec le colon, sans trace de valvule ni d'appendice.

Histologie : Grosse tumeur constituée par une double infiltration des parois de l'intestin, 1° par une néoplasie épithéliale typique à larges tubes glandulaires richement ramifiés, par endroits en dégénérescence colloïde; 2° par une inflammation tuberculeuse superficielle et profonde (ulcération de la muqueuse, tubercules sous le péritoine) revêtant le double caractère de lésions diffuses banales et nodulaires typiques (follicules avec cellules géantes). Les ganglions sont infiltrés de tuberculose, on y voit des bacilles de Koch (Maurice Renaud).

Suites : Température irrégulière pendant 23 jours puis normale. Le 17^e jour, diarrhée qui cesse le lendemain. Le drain est maintenu jusqu'au 22^e jour. Sortie le 49^e jour.

Suites éloignées : Revu 4 ans et 8 mois après l'opération en très bon état. Revu de nouveau 5 ans et 8 mois après la résection, engraisé, travaillant, ayant des selles régulières, une à 2 fois par jour sans signe clinique de tuberculose pulmonaire, sans masse perceptible dans le ventre.

Obs. 20.513. H. 30 ans. Entré le 24 août 1921 pour douleurs dans le côté droit du ventre, qui datent du mois de juillet 1921. Elles apparaissent sous forme de douleurs sourdes, paraissant par crises de quelques minutes, surtout la nuit, et s'accompagnant de constipation très marquée. En août 1921, il est réveillé brusquement la nuit par des douleurs dans tout le ventre, plus marquées à droite, accompagnées de nausées et de constipation. Cette crise dure 2 jours.

Antécédents : A 27 ans, réformé pour pleurésie gauche ponctionnée. En janvier 1921, on a constaté la présence de bacilles de Koch dans ses crachats.

Examen : 2 longues cicatrices dans les régions inguinales. Absence du testicule droit. En palpant l'abdomen, on sent dans la fosse iliaque droite un empâtement profond assez limité, sensible à la pression. Le reste de l'abdomen est souple, non douloureux.

Opération 31 août 1921 (Okinczyc) Ether. Incision dans la fosse iliaque droite qui est agrandie secondairement vers l'hypocondre droit. A l'incision du péritoine on voit d'abord le testicule droit un peu atrophié, relié au péritoine pariétal de la fosse iliaque par une sorte de méso. Castration et péritonisation du moignon. On trouve alors au-dessus, une tumeur formée par la terminaison de l'iléon, le cœcum et l'ascendant, gros ganglions dans le méso. Le cœcum n'est pas reconnaissable et l'appendice

invisible. Clivage du fascia d'accolement cœco-colique qui est poussé jusqu'à l'angle hépatique du colon. Décollement colo-épiploïque qui libère la partie initiale du colon transverse. Ligature du méso pour une hémicolectomie droite. Section de l'intestin grêle à 25 cm. environ de l'angle iléo-cœcal, fermeture du colon transverse à 3 plans. Implantation termino-latérale de l'iléon, dans le colon transverse. Epiplooplastie. Drainage de l'espace rétro-colique, suture de la paroi en 3 plans.

Histologie : Infiltration de la muqueuse par un processus d'infiltration tuberculeuse typique. La paroi de l'intestin est transformée en tissu de sclérose inflammatoire semé de nodules tuberculeux (M. Renaud).

Suites : Le 1^{er} jour : 39°4, puis baisse pour osciller entre 37° et 38° Clocher le 10^e jour, écoulement abondant de pus par le drain. Continue à osciller entre 37° et 38°. Sort le 44^e jour.

Suites éloignées : Mort au bout de 6 mois.

Obs. 21.873 et 21.939. F. 17 ans. Vient de Brévannes parce qu'il s'est produit une fistule sur une cicatrice d'appendicectomie ancienne. Elle a été opérée le 2 août 1919 à l'hôpital Saint-Joseph, pour appendicite. La crise avait débuté brusquement par des douleurs dans le côté droit (température à 39°) pas de vomissements. Constipation pendant toute la crise. Au bout de 4 jours température et douleurs s'amendent et on ne l'opère qu'au bout de 3 semaines. Après son opération elle a eu pendant un an de la diarrhée (5 à 6 selles par jour) avec matières jaunes verdâtres très liquides. Après le repas elle éprouvait une douleur en barre dans l'abdomen et une envie impérieuse d'aller à la selle, Elle était ensuite soulagée. Au bout d'un an.

la diarrhée a cessé, mais elle commence alors à avoir des coliques accompagnées de tuméfaction transitoire du ventre et de bruits intestinaux à la fin. En mars 1922, elle éprouve au niveau de la cicatrice une douleur continue. La région devient rouge, puis fait saillie sous forme de tuméfaction molle et dépressible qui s'est ouverte spontanément laissant écouler du pus. Un médecin fait alors le diagnostic d'abcès froid et on lui fait à Necker des injections d'éther iodoformé dans sa fistule. Vers la fin avril 1922, elle a de la fièvre et de la diarrhée pendant 2 ou 3 jours. Les matières commencent alors à sortir par la fistule, la température tombe et la diarrhée cesse. C'est alors qu'on l'envoie à Brévannes.

Examen : Ventre proéminent avec circulation veineuse. Dans la fosse iliaque droite, on voit, à l'extrémité inférieure d'une cicatrice d'appendicectomie, un orifice fistuleux à bords décollés entouré d'une zone rouge violacé. Au-dessous, on sent un placard diffus qui semble adhérer à la paroi, au niveau de la fistule.

Submatité en arrière au sommet droit avec diminution du murmure vésiculaire.

Opération 4 octobre 1922 (Okinczyk) Chloroforme. Incision médiane sus et sous-ombilicale, on constate que tout le segment droit du colon masqué par l'épiploon adhérent, adhère à la paroi abdominale antérieure. De grosses masses ganglionnaires soulèvent le méso. La libération d'emblée paraît difficile et dangereuse. L'intestin grêle est dans sa portion terminale, dilaté et épaissi. On fait une exclusion bilatérale par section du grêle à 30 cm. de l'angle iléo-cœcal et par section du transverse à sa partie moyenne. Iléo-transversostomie termino-latérale. Suture de la paroi.

Suites normales. Le 1^{er} et le 2^e jour, dilatation de la fistule par une laminaire, puis drain dans la fistule.

2 Opération le 26 octobre 1922 (Okinczye). Chloroforme. Fermeture provisoire de la fistule. Longue incision oblique la circonscrivant et allant à droite de l'hypocondre à la fosse iliaque. Au niveau de la fistule la paroi est envahie sur une assez grande longueur, ce qui nécessite une excision assez étendue des muscles et des aponévroses. Libération de proche en proche du cœcum, adhérent sur le plan de la fosse iliaque, de bas en haut. Ligature en plusieurs pédicules de l'épiploon adhérent, recherche facile pour le grêle, difficile pour le colon, des 2 bouts intestinaux fermés lors de la précédente opération; l'anse étant libérée et extériorisée, on procède à la ligature du méso, manœuvre rendue extériorisée, on procède à la ligature du méso, manœuvre rendue difficile par son épaissement considérable et la présence de ganglions hypertrophiés. L'intestin grêle ayant été ouvert au cours de la libération et la surface de décollement étant assez saignante, on termine en mettant en place un Mikulicz et en ne refermant que partiellement la paroi.

Suites normales les premiers jours. Ablation du Mikulicz le 8^e jour. Le 11^e et le 12^e jours, élévation thermique atteignant 40° due au sphacèle des parties profondes de la plaie. Sérum de Leclainche et Vallée. La température tombe et devient absolument normale le 24^e jour et ainsi jusqu'à la sortie qui a lieu le 75^e jour.

Suites éloignées : Cette jeune fille a quitté Paris et s'est placée à la campagne. Elle est en assez bon état, ne souffre pas, mais présente cependant des gargouillements abdominaux et des selles diarrhéiques très fréquentes. Enfin elle tousse et se plaint de point de côté à droite.

Obs. 22.016. F. 33 ans. Entrée le 8 novembre 1922, parce que son médecin lui a dit qu'elle avait une grosseur dans le côté droit. Il y a 1 an, étant jusque-là tout à fait bien portante, la malade eut de nombreux vomissements accompagnés de malaise, ressemblant à une indigestion. Le lendemain, elle ressentit des douleurs passagères, pas très violentes, au creux épigastrique; cependant elle mangea un peu, mais vomit après avoir mangé. Tout se passa et elle alla à peu près bien pendant un mois. Puis les douleurs revinrent irrégulièrement et cette fois sous forme de coliques accompagnées de gargouillements. A toujours été constipée et a quelquefois vu des peaux sur ses matières.

Antécédents : A 2 ans, mal de Pott cervical. Depuis longtemps, écoulement par l'oreille et est sourde de ce côté. Mari tousseur.

Examen : Ventre plat, souple. Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse dure, mate, peu douloureuse, allongée verticalement comme un œuf, fixée en arrière, semblant devenir de plus en plus profonde vers le haut, si bien qu'on ne peut percevoir son pôle supérieur. Les bords latéraux en sont extrêmement nets. son pôle inférieur est bosselé.

Les 11 et 12 novembre, elle fut prise à l'hôpital d'une crise douloureuse avec vomissements et qui fut suivie de diarrhée.

Opération le 20 novembre 1922 (Hartmann). Incision en dehors du bord externe du droit. Le cœcum est transformé en une masse fusionnée avec la fosse iliaque. La terminaison de l'iléon est rouge, diatéée, à parois épaissies. Incision du péritoine iliaque en dehors du cœcum, décollement de celui-ci et du méso-iléon infiltré et œdémateux; pendant ce décollement ouverture d'un petit foyer suppuré rétro-cœcal. Ligature du méso-iléo-colique, écrasement et enfouissement des bouts de l'iléon et du colon.

Anastomose iléo-colique latérale sur la partie droite du colon transverse. Fermeture du trou situé au-dessous de la terminaison de l'iléon rabattu vers la gauche. Drain. Réunion aux bronzes.

Examen de la pièce : Masse informe, grasseuse entre le colon et l'iléon. On l'ouvre. La valvule iléo-cœcale a disparu ; à sa place, on trouve entre l'iléon et le colon, sur une longueur de 4 travers de doigt, une ulcération plate, bourgeonnante, se terminant par un contour presque transversal des 2 côtés. Sur cette ulcération, on voit s'ouvrir l'orifice de l'appendice très épaissi, dilaté, entouré de graisse.

Suites : Mort le 4^e jour après ictère, urines foncées.

Autopsie : Cellulite iliaque et péritonite.

Obs. 22.640. H. 35 ans. En^e juin 1922, a commencé à souffrir de crises douloureuses abdominales. Jusque là n'avait jamais souffert, mais était constipé depuis un an. Ces crises consistaient en douleurs commençant au-dessus de l'ombilic et se déplaçant vers la fosse iliaque. Quand elles arrivent dans la fosse iliaque, celle-ci semble gonflée puis surviennent des gargouillements et la douleur cesse. De temps en temps, vomissements. Ces crises se répètent à peu près tous les mois.

Antécédents : En 1914, à la suite d'un refroidissement, commence à tousser. Il est réformé en décembre 1914 pour bronchite chronique. Il crache depuis 1915.

Examen : Le 14 décembre 1922, abdomen souple, quoique un peu contracturé dans la fosse iliaque droite. Quand le malade est en période de crise, on constate un gonflement de la fosse iliaque droite coïncidant avec un paroxysme douloureux, puis gargouillement et affaissement. Toucher rectal : rien d'anormal.

Poumons : Expiration prolongée. Inspiration rude aux 2 sommets. Craquements à droite, souffle hilaire léger à gauche, diminution du murmure vésiculaire aux deux bases, crachats abondants et verdâtres. Le malade sorti de l'hôpital, y rentre le 16 avril 1923. Depuis sa sortie, il souffre en dehors des crises, d'une douleur, d'ailleurs légère, mais fixe dans la fosse iliaque droite. Le 15 avril il est pris d'une crise semblable aux précédentes.

Radioscopie : Un lavement baryté remplit le rectum l'anse sigmoïde le colon descendant, le transverse. Celui-ci est de petit calibre. Le liquide atteint ensuite et franchit l'angle hépatique, pénètre dans l'ascendant mais on ne voit rien passer dans le cœcum.

Opération : Le 3 mai 1923. (Okinczyc) Rachi. Pour compléter, chloroforme discontinu. Longue incision allant de la fosse iliaque droite à l'hypocondre droit, complétée par une incision transversale au niveau de l'ombilic. On trouve un appendice volumineux atteint de lésions tuberculeuses, adhérent à la paroi abdominale antérieure. Le cœcum est envahi avec gros ganglions mésentériques et adhère au plan de la fosse iliaque droite. De plus, il existe d'autres rétrécissements avec granulations localisées sur la surface péritonéale de l'intestin, sur le colon ascendant et au niveau du colon transverse, jusqu'au voisinage de l'angle splénique. Le colon descendant et le pelvien semblent sains. Libération de tout l'angle iléo-cœcal, décollement colo-épiploïque, abaissement de l'angle splénique. Ligature des vaisseaux du méso, résection de l'angle iléo-cœcal, des colons ascendant et transverse. Fermeture du bout colique après écrasement, fermeture de l'iléon. Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale, péritoni-

sation, drain cigarette dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite, fermeture en I plan.

Suites : Mort le 5^e jour. Pas d'autopsie.

Obs. 23.327. H. 52 ans. Entré le 22 octobre 1923 pour diarrhée et amaigrissement progressif.

Les troubles intestinaux ont débuté il y a 2 ans sous forme de selles fréquentes avec des périodes de selles normales.

Au début 3 selles par jour, puis elles augmentent peu à peu de fréquences pour atteindre 12 selles par 24 heures. Les selles ne s'accompagnent ni de ténésme ni d'épreintes, elles sont liquides, aqueuses, parfois un peu plus consistantes, mais jamais moulées. Elles ne renferment ni sang, ni aliments reconnaissables non digérés. Ces évacuations fréquentes ne s'accompagnent pas de douleurs très marquées ; de temps en temps quelques coliques très supportables avec bruits intestinaux.

Appétit à peu près conservé et cependant amaigrissement progressif atteignant actuellement 10 kgs.

Antécédents : Depuis quelques années touse.

Examen : Malade affaibli, amaigri. Ventre plat, rétracté souple au palper, peu douloureux. Un peu de sensibilité cependant à la palpation de la fosse iliaque droite. Des examens faits à diverses reprises ont donné quelquefois l'impression d'une petite tumeur mal limitée dans cette région, mais qui a semblé disparaître à d'autres moments.

Radioscopie : Un lavement baryté remplit facilement et rapidement le gros intestin, puis le lavement marque un arrêt et le colon ascendant et le cœcum se remplissent mal et lentement. On a l'impression que le cœcum est déformé et une radiographie prise à la fin de la radioscopie montre une image lacunaire du cœcum.

Opération 25 octobre 1925 (Okinczyc). Longue incision oblique du côté droit. On trouve une tuberculose iléo-cœcale occupant surtout la valvule iléo-cœcale et une certaine étendue du colon ascendant.

L'exploration de l'intestin grêle révèle l'existence de toute une série de sténoses étagées sur l'iléon. On en trouve au moins une dizaine avec des dilatations segmentaires entre les sténoses. Elles occupent en longueur plus d'un mètre d'intestin. Gros ganglions dans le mésentère. Clivage du fascia d'accollement colo-pariétal. Ligature du méso sur une longueur totale d'intestin de 1 m. 40, puis résection jusqu'au niveau du colon transverse. Fermeture des bouts intestinaux. Anastomose latéro-latérale de l'iléon et du transverse. Suture du mésentère au péritoine pariétal. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites : Décès le lendemain.

Obs. 24.422 et 24.626. F. 16 ans. Entrée le 18 juillet 1924, pour occlusion intestinale. A l'entrée, faciès très fatigué, aspect péritonéal, yeux cernés, nez pincé, vomissements verts incessants, pas de gaz depuis la veille, pouls à 90. Tempér. 37°. Le ventre est ballonné dans son ensemble, sonore, pas très douloureux. Dans la fosse iliaque droite, on perçoit un boudin du diamètre d'une grosse saucisse, presque vertical, son extrémité inférieure est perçue un peu au-dessus de l'arcade crurale, son extrémité supérieure un peu au-dessous des fausses côtes. Il est régulier, de consistance assez molle ; on le mobilise transversalement. On pose le diagnostic d'occlusion par invagination intestinale et on intervient aussitôt.

Opération : Le 18 juillet 1924 (Boppe). Cœliotomie latérale droite. Liquide séro-sanglant peu abondant dans l'abdomen. On trouve immédiatement la dernière anse iléale, énorme, rouge, dis-

tendue sur une longueur de 25 cm. environ et remplie d'une substance pâteuse. On cherche en vain le cœcum. Faisant suite à l'anse iléale, on trouve une masse immobile, entourée de volumineuses masses lipomateuses. Décollement de la masse qui se continue vers le haut avec le colon ascendant. On ne trouve pas l'appendice mais on constate l'existence de volumineux ganglions rétro-cœcaux. On se décide alors à réséquer la tumeur cœcate et l'anse iléale distendue bouchée par des matières. Section de l'iléon, fermeture du bout proximal, section du méso, hémostase. Décollement colo-épiploïque pour mobiliser l'angle hépatique et avoir un meilleur accollement péritonéal. Section du colon à la partie initiale du colon transverse avec l'écraseur de de Martel. Fermeture du bout distal. Anastomose iléo-transverse latéro-latérale. Paroi en un plan, aux bronzes.

Suites : La température oscille entre 38° et 39° les 8 premiers jours. Le 7^e jour, il s'est produit une fistule stercorale au niveau de la plaie. La température baisse alors et oscille entre 37° et 38°. La fistule se tarit, mais un mois plus tard elle s'ouvre de nouveau. La température est alors très oscillante, passant de 37°5 à 39°5 du matin au soir. Le 11 août 1924, à cause de la persistance de cette fièvre on débride la fistule, explore et curette son trajet, mais il ne semble pas y avoir de rétention purulente de ce côté. Pendant tout le mois de septembre 1924 la température reste oscillante et la malade passe par des alternatives de mieux et d'aggravation jusqu'au mois de mars 1925. Elle fait alors quelques petites hémoptysies. On l'envoie dans un sanatorium où elle reste 3 mois et elle revient un peu améliorée, la fistule ne laissant plus couler de matières intestinales. Elle rentre chez elle pour se reposer, puis part à Leysin. Là, la fistule se rouvre, laissant passage à des matières intestinales abondantes et contenant des bacilles de Koch. Les lésions pulmonaires restent stationnaires, mais la malade se cachectise et elle succombe en janvier 1926.

Obs. 24.899. F. 23 ans. Entré le 12 novembre 1924 parce qu'elle a ressenti dans la nuit du 11 novembre des douleurs très violentes dans la fosse iliaque droite. Bien portante jusque il y a 8 mois. A ce moment, elle ressent pour la première fois des douleurs intermittentes localisées dans la fosse iliaque, calmées par le repos, et en somme supportables. Dans la nuit du 11 au 12 novembre, la douleur devint très vive; cependant, elle ne vomit pas. On lui met de la glace sur le ventre et le lendemain on l'amène à l'hôpital.

Examen : Ventre plat, d'aspect normal. La palpation en est très douloureuse. La partie gauche peut cependant être déprimée sans trop de douleurs. A droite, au contraire et particulièrement dans la fosse iliaque il existe une contracture musculaire intense. Rien d'anormal au toucher vaginal. Pouls 110. Température normale.

Opération 12 novembre 1924 (Chabrut). Chloroforme. Incision iliaque droite, on trouve l'appendice sain, sauf, tout à fait à sa base d'implantation où il est épaissi. Depuis l'insertion de l'appendice jusqu'à l'abouchement de l'iléon, est une zone en forme de plaque où le fond du cœcum est rouge, d'aspect velvétique et épaissi. En prenant le cœcum entre les doigts, cette plaque donne l'impression d'une tumeur grosse comme une noisette. En dehors, le cœcum est engainé par de la graisse. Ecrasement du grêle à 5 cm. de son abouchement dans le cœcum, fermeture du bout proximal, mobilisation du colon ascendant par décollement colo-pariétal. Ecrasement du colon ascendant près de l'angle. Suture du bout distal par 3 plans superposés. Section du méso. Ablation de tout l'angle iléo-cœcal. Anastomose latéro-latérale sur une bande colique. Epiplooplastie. Drain dans la zone de décollement. Réunion en 3 plans.

Examen de la pièce : En ouvrant l'iléon, le cœcum et l'appendice, on voit que la portion de paroi cœcale comprise entre l'iléon et l'appendice est épaissie et présente 8 à 10 mm. d'épaisseur. A la coupe, la paroi présente un aspect jaune, oedématisé en ce point. Cet épaississement englobe la partie tout initiale de l'appendice. La muqueuse du cœcum et du colon est farcie de petites saillies blanches, grosse comme un grain de riz, les unes sessiles, les autres pédiculées. La surface de section du colon est au-dessus de la limite de ces saillies. Sur la face séreuse, rien ne trahit leur présence. L'iléon est sain. Il existe un calcul stercoral dans la cavité appendiculaire.

Suites : Absolument normales. Pas de fièvre. Ablation du drain le 5^e jour. Ablation des fils le 11^e jour. Sortie le 12^e jour.

Examen histologique (Ménétrier). Tuberculose disséminée du cœcum située dans la muqueuse et la sous-muqueuse.

Suites éloignées : Revue exactement un an après avec un bon état général, des garde-robes régulières. Aucune douleur abdominale. Elle venait à ce moment consulter pour des pertes blanches considérables et des douleurs au moment des règles. L'examen du ventre n'a montré rien d'anormal du côté de l'intestin. Il nous a été impossible d'avoir des nouvelles plus récentes, cette malade nous ayant fourni une fausse adresse.

Obs. 25.736. F. 17 ans. Entrée pour crise douloureuse de la fosse iliaque droite le 18 mai 1925.

Le 12 août 1924, ressent au cours d'une promenade des douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite qui se calment rapidement et cessent dans la journée.

Le 15 avril 1925, dans la soirée, douleur violente qui oblige la malade à s'aliter. Elle augmente au cours de la nuit, et s'apaise

le matin après application d'une vessie de glace. Pas de vomissements. Le 18 avril, vomissement alimentaire alors que la douleur a disparu. Le 19 avril, nouvelle crise plus violente que la précédente, calmée par une piqûre, sans nausées ni vomissements. Constipation opiniâtre. La douleur se calme progressivement les jours suivants.

Examen le 18 mai 1925. Bon état général. Bon appétit. Un peu d'amâigrissement. Douleurs complètement disparues. Ventre souple sans point douloureux ni défense musculaire.

Opération. Le 23 mai 1925 (Okinczyc). Chloroforme. Incision de Mac Burney. On trouve une ascite assez abondante, des granulations tuberculeuses sur la séreuse viscérale, et une tuberculose de l'appendice qui est long, gros, rouge et dur avec plaque épaisse à son insertion sur le fond du cœcum. Ablation de l'appendice avec résection du fond cœcal, enfouissement sous 3 rangs de suture au fil de lin. Réunion sans drainage.

Examen histologique : Tubercules typiques dans la muqueuse (follicules avec cellules géantes). Les lésions dans la profondeur et sous le péritoine sont plus discrètes.

Suites : Normales. Sortie le 11^e jour.

Suites éloignées : Revue en octobre 1926, engraisnée, ne ressentant aucun trouble abdominal. Cicatrice sans éventation. Travaille. ne tousse pas.

Obs. 26.482. F. 39 ans. Entrée le 23 novembre 1925 pour douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite, accompagnées de diarrhée. Ces douleurs se manifestent surtout après les repas. Début remontant à 3 ans. C'est alors qu'elle commença à ressentir progressivement des douleurs, d'abord au creux épigastrique, puis

dans le côté gauche et enfin dans le côté droit. Ces douleurs d'abord sans caractère particulier, sont devenues ensuite des coliques donnant la sensation de torsion intestinale, puis la malade eut de la diarrhée et les douleurs cessèrent. Il y a 3 semaines, elles revinrent très violentes sous forme de coliques, siégeant plus particulièrement dans le côté droit.

Antécédents : En 1918, affection pulmonaire. Depuis ce moment, tousses très fréquemment.

Examen : Abdomen d'aspect normal, souple et indolore dans la partie gauche et le creux épigastrique, douloureux et contracturé du côté droit.

Opération 26 novembre 1925 (Okinczyc). Incision oblique de la fosse iliaque droite sur le bord externe du grand droit. A l'incision, le péritoine apparaît épaissi et il s'écoule un peu de liquide séreux. Des adhérences nombreuses existent dans la fosse iliaque agglutinant les anses intestinales entre elles. Extériorisant le cœcum, on constate que les parois sont épaissies sur le bord interne. Sur l'intestin grêle, au voisinage de l'angle iléo-cœcal, existe un épaississement cartonné qui rétrécit sensiblement la lumière de l'intestin.

L'appendice est épaissi et adhérent. L'exploration de l'intestin grêle montre l'existence de 3 autres rétrécissements dans la partie terminale. Dans ces conditions, on décide de pratiquer une résection iléo-cœcale, comprenant 50 à 60 cm. de grêle. Ligature du méso, écrasement et fermeture de l'intestin grêle. Même manœuvre sur le colon ascendant mais avec 3 plans de suture. Anastomose latéro-latérale entre l'iléon et le colon transverse. Suture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires normales. Sortie le 19^e jour.

Suites éloignées : Revue en octobre 1926. Après l'opération elle a d'abord cessé de souffrir mais au bout de quelques mois, des douleurs abdominales sont revenues avec leur caractère de coliques, accompagnées de gargouillements et de diarrhée. Etat général médiocre. Toux et signes stéthoscopiques de tuberculose pulmonaire.

Obs. 26.931. F. 37 ans. Entrée le 3 mars 1926. Depuis une opération d'appendicite faite en 1902, elle a toujours ressenti dans la fosse iliaque droite, une certaine gêne. En décembre 1925, cette gêne fait place brusquement à de véritables coliques avec vomissements durant 48 heures. Deux autres crises semblables se succèdent de 15 jours en 15 jours. Enfin, en février 1926 4^e crise plus forte avec vomissements nombreux, sensation de fièvre, se calmant avec des gargouillements. Dans l'intervalle des crises, elle se porte très bien.

Antécédents : En 1902, crise aiguë d'appendicite opérée à Saint-Antoine à chaud. En 1910, suppuration au niveau de la cicatrice, qui dure 20 mois. En 1918, opérée par le docteur Okinczyc pour éviscération. En 1919, congestion pulmonaire. Tousse pendant les hivers et crache souvent.

Mère morte de tuberculose pulmonaire. Un frère et une sœur morts de méningite tuberculeuse.

Examen : Cicatrice iliaque irrégulière, se soulevant pendant la toux. On sent au-dessous d'elle à 2 travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure collée contre la fosse iliaque, une tuméfaction allongée dans le sens vertical, cylindrique, un peu mobile de haut en bas, franchement mobile de dedans en dehors, légèrement sensible à la palpation.

Examen radioscopique : 6 heures après l'ingestion d'un repas

opaque, la baryte est dans le cœcum le colon ascendant et le transverse. L'angle colique droit est très mal injecté et présente un aspect lacunaire. On note une légère dilatation du cœco-ascendant. Il semble y avoir un obstacle au niveau de l'angle colique droit qui paraît pourtant mobile à la palpation. Un lavement baryté emplit rapidement tout le gros intestin jusqu'à l'angle colique droit. On voit alors un temps d'arrêt puis la baryte passe au bout de quelques instants à travers une zone très rétrécie au niveau de la tumeur perceptible à la palpation.

Opération 17 mars 1926 (Rachi-anesthésie) 0 gr. 12 de novocaïne. Résection iléo-cœco-colique comprenant 15 cm. d'iléon, et se terminant un peu au-delà du coude droit du colon. Iléo-transversostomie termino-latérale.

Examen de la pièce : Cœcum épaissi, induré sur une hauteur de 8 à 10 cm. et entouré de masses lipomateuses. Peu de lésions sur le grêle. Sur le colon ascendant, à 2 cm. au-dessous de l'angle droit sténose cicatricielle haute de 1 cm. environ.

Suites normales. Sortie le 20^e jour.

Suites éloignées : En octobre 1926, ne ressent aucun trouble abdominal. Pas de diarrhée, selles régulières, mais toussé comme avant l'opération.

Obs. 27.229. H. 33 ans, Venu de l'hospice de Brévannes le 22 mai 1926 avec la note suivante : « Tuberculeux pulmonaire de date ancienne (pleurésie en 1912) actuellement non évolutif. Lésions assez profondes au sommet gauche, mais bien supportées. Jamais de température. Expectoration minime avec bacilles de Koch. »

Depuis juillet 1925, plusieurs crises douloureuses dans la région cœco-appendiculaire avec réaction fébrile pendant 3 à 4 jours. Ac.

célération du poulx et état nauséeux. La dernière crise date d'avril 1926. Chaque fois, après la disparition des signes précédents, on constate une masse ovoïde, peu douloureuse, occupant la fosse iliaque, ne diminuant pas sensiblement jusqu'à ce que, de nouveau, des symptômes plus aigus apparaissent. Ni constipation, ni diarrhée.

Examen : La paroi abdominale est souple dans toute son étendue, mais paraît épaissie à droite. La percussion légère montre de la submatité dans la fosse iliaque et le flanc droits. On sent là un gros boudin dur, large de 2 travers de doigt, couché verticalement dans la fosse iliaque, sensible et quelquefois gargouillant sous le palper.

Opération le 27 mai 1926 (Okinczyc). Rachi-anesthésie complétée par le chloroforme au cours de l'opération. Incision de la fosse iliaque droite agrandie vers l'hypocondre droit. Nous trouvons un gros cœcum à paroi très épaissie avec appendice dur et gros, fondu dans la masse cœcale. Gros ganglions dans le méso. En explorant le colon ascendant et la partie accessible du transverse, on trouve partout l'intestin altéré, formant un boudin dur et sans souplesse. On fait alors une incision médiane et on constate que les lésions sont étendues à tout le gros intestin jusques et y compris le colon pelvien. Le maximum des lésions paraissant cependant porter sur le cœcum, on fait une hémicolectomie droite avec entéro-anastomose latéro-latérale sur le transverse. Drain et mèche dans la fosse iliaque droite, suture des 2 incisions en un plan.

Suites : Mort le lendemain sans fièvre.

Autopsie : Pneumonie.

CONCLUSIONS

Le traitement de la tuberculose iléo-cœcale peut être réalisé, soit par la résection des lésions tuberculeuses, soit par leur exclusion. L'exclusion n'est qu'un procédé de nécessité, réservé aux cas où la résection est impossible. Nous n'en possédons pas un nombre suffisant pour en parler en connaissance de cause.

La résection est le traitement de choix. Sur 46 malades opérés, elle a été faite 40 fois.

La *mortalité immédiate* — c'est-à-dire le nombre des morts, survenues pendant le séjour à l'hôpital — a été de 10 sur 40, soit 25 %. Cette mortalité est plus élevée que celle qui a été donnée par d'autres auteurs. Nous pensons qu'elle est due à la difficulté des cas rencontrés, et aussi à ce que nous avons compté comme morts, des malades qui avaient survécu plus de deux mois à l'opération, mais qui étaient restés hospitalisés jusqu'à ce moment. — Nous croyons aussi qu'elle aurait pu être réduite si, au lieu de s'efforcer de toujours réséquer d'emblée, on avait fait usage des opérations en deux temps.

Pour les trente malades restants, nous avons cherché à nous rendre compte des *suites éloignées*. . . .

6 malades n'ont pu être retrouvés.

Des 24 qui restent :

1°) 15 malades opérés sont morts.

Parmi eux :

2 sont morts sans récédive, au bout de 20 et 12 ans, sans aucune manifestation clinique de tuberculose;

3 sont morts de tuberculose pulmonaire;

8 ont succombé, avec une reprise de la tuberculose intestinale ou péritonéale;

2 sont morts de façon inconnue.

2° 9 sont actuellement vivants :

7 absolument bien portants. Le temps écoulé depuis l'opération varie entre 19 ans et 6 mois.

2 améliorés, mais présente des gargouillements, de la diarrhée, de la tuberculose pulmonaire.

Les résections sont susceptibles de donner des guérisons de longue durée. Nous en avons de 20 ans, 19 ans, 12 ans, 10 ans, 5 ans. D'autres auteurs ont obtenus des résultats semblables.

Malheureusement, ces succès ne sont pas constants. Souvent, les sujets meurent de tuberculose pulmonaire. — 3 malades, sur les 24 que nous avons pu suivre, sont morts de cette façon. — Enfin, plus fréquemment encore, ils meurent de tuberculose entérique ou péritonéale, aboutissant habituellement à la formation de fistules ster-

corales, et d'ailleurs souvent associée à la tuberculose pulmonaire. Sur les 24 malades suivis, 8 sont morts de cette manière.

Ces deux causes de mort peuvent être expliquées par le fait que, contrairement à ce qui est généralement écrit, la tuberculose iléo-cœcale, même hypertrophique, n'est pas habituellement primitive, et qu'elle n'est pas toujours une lésion locale, isolée sur l'intestin.

1°) Elle n'est pas habituellement primitive. --- Même en se tenant à la signification purement clinique de ce terme, nous trouvons que sur 23 tuberculose hypertrophiques, il en est seulement 7 qui n'aient été précédées d'autres localisations tuberculeuses. Cela explique les morts par tuberculose pulmonaire. Préexistant le plus souvent à la tuberculose intestinale, elle continue à évoluer après son ablation. — Cela explique aussi les récides à longue échéance, dont nous avons de beaux exemples (10 ans 1/2, 5 ans, 4 ans), le bacille peut, à partir du foyer initial, pulmonaire ou autre, réensemencer l'intestin, soit par voie digestive, soit, plus probablement, par voie sanguine.

2°) Elle n'est pas toujours isolée. Le fait qu'il existe un tuberculome cœcal n'implique pas l'absence d'autres lésions tuberculeuses d'autres types sur le reste de l'intestin, et souvent à distance du cœcum. Ces lésions peuvent facilement passer inaperçues et leur évolution, après l'opération, doit être la cause de la reprise précoce des troubles intestinaux, et des fistules stercorales précoces.

Il en résulte qu'une laparotomie pour tuberculose iléo-coecale doit, avant toute manœuvre, être exploratrice, et soigneusement exploratrice. Il faut chercher avec soin s'il n'existe pas de lésions éloignées, tant sur le grêle que sur le colon. Faute de cette précaution indispensable, on court le risque de voir les accidents se reproduire au bout d'un temps très court.

Vu : *Le Doyen,*

H. ROGER,

Vu : *Le Président,*

HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE : Etude sur le traitement chirurgical de la tuberculose du segment iléo-cœcal de l'intestin. (*Th. Paris*, 1904).
Tuberculose iléo-cœcale et appendiculaire. (*Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale* 1910, p. 19, 155, 333, 425).
— AYNES : Recherches et considérations sur la typhlite et l'appendicite tuberculeuse. (*Th. Bordeaux*, 1896). — BÉRARD et PATEL : Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. Paris. — Masson. (*Encyclopédie Léauté*). — BEZANÇON et LA-POINTE : La tuberculose intestinale à forme hypertrophique. (*Presse médicale*, 1898, p. 365). — BILLON : La tuberculose appendiculo-cœtale traitée par la laparotomie iliaque. (*Th. Lyon*, 1897). — BOUILLY : Perforation tuberculeuse de l'appendice. — (*Congrès fr. de Chir.* 1889 p. 225 du compte rendu.) A propos de la tuberculose iléo-cœcale. (*Soc. de Chir.* 2 mars) 1892, p. 165. — C. BRUNNER, Tuberculose Aktinomykose und Syphilis des Magen Darin Kanals. (*Deutsche chirurgie* 1907 vol. 46 E. — P. M. CAIRD. Intestinal tuberculosis. (*Edinburgh Medical journal*. Vol. XXVI 1921 feb. p. 73). — P. CAMPICHIÈ Ueber die bisherigen resultate der verschiedenen operativen Eingriffe bei Cœcuntuberkulose und appendicitis tuberkulosa Eine vergleichende Zusammenstellung. (*Deutsche Zeitsch. F. Chir.* 1905 Bd. 80 p. 495. — CHAPUT : résection iléo-cœcale pour tuberculose atrophique (*B. et M. Soc. Chir. Chir.* 28 juin 1905 p. 651 et 5 juillet 1905 p. 662).

CHAUVEAU : Démonstration de la virulence de la tuberculose par les effets de l'ingestion de la matière tuberculeuse dans les voies digestives. (*B. Ac. Méd.* 1868 p. 1007 et 1873 p. 591). — CONRATH : über die locale kronische Cæcal et Tuberkulose. (*Beitrage Z. Kl. Chir.* 1898 Bd. 21 p. 1. — CROUZET : tuberculose cœcale. (*Th. Lyon*, 1905). — DARIER : Rétrécissements multiples, en diaphragme, de nature tuberculeuse, de l'intestin grêle. (*B. Soc. anat.* février, 1890, p. 87. — DELBET : Tuberculose iléo-cœcale sténosante. (*B. et M. Soc. Chir.* 13 mars 1907 p. 307). — DELOUPY : Rapports de la tuberculose intestinale avec la tuberculose pulmonaire. (*Th. Montpellier*, 1906 n° 64). — DEMOULIN : Rapport sur la tuberculose iléo-cœcale au Congrès international de la tuberculose, Paris, 6 et 7 octobre 1905 p. 149. (*Soc. de chirurgie* 28 juillet 1905 p. 640). — DIEULAFOY : Tuberculose hypertrophique du cæcum. (*Semaine Med.* 1902 8 octobre n° 41 p. 329. — DOBKROLOŃSKY : De la pénétration du bacille tuberculeux au travers de la muqueuse intestinale et du développement de la tuberculose expérimentale. (*Arch. de Med. expérimentale* 1890). — H. ELS : Zur Kenntniss des iléo-cæcaltuberkulose. (*Beit. Z. Kl. ch.* 1909 Bd. 63 p. 537). — GÉRARD MARCHANT et DEMOULIN : Sur les tumeurs et les rétrécissements inflammatoires de la région pylorique de l'estomac, et du segment iléo-cœcal de l'intestin. (*Rev. de Gyn. et Chir. adth.* 1899 : T. III p. 849). — GIRODE : Contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux. (*Th. Paris*, 1888). — R. GRÉGOIRE : Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle. (*Paris Med.* 1913 n° 27 p. 25. — HARTMANN et PILLIET : Note sur une variété de typhlité tuberculeuse, simulant les cancers de la région. (*B. Soc. Anat.* 3 juillet 1891 p. 471). — HARTMANN : Les formes chirurgicales de la tuberculose iléo-cœcale. (*R. de Chir.* 1907 p. 170). Rapport sur l'exclusion de l'intestin. (*Compte rendu Congrès Chir.* 1903 ; p. 19. — HARTMANN et

RENAUD : Cancer et tuberculose du cœcum. (*B. de l'Assoc. Française pour l'étude du cancer*. 1921, t. X. N° 7 p. 297). — G. HÉRISSE : L'appendicite tuberculeuse. *Revue générale : Gazette des hôpitaux* 1906, page 519). — LECÈNE et LERICHE : *Thérapeutique Chirurgicale* t. III p. 213, 214. — LESUEUR : Appendicite tuberculeuse (*Th. Paris*, 1903). — LÉPER : L'origine sanguine de certains tuberculomes du cœcum (*Progrès Méd.* 1911 N° 12 p. 145 et *Leçons de pathologie digestive* deuxième série 1912 p. 201). — MICHON : Tub. hypertrophique de la partie terminale de l'Iléon. (*B. et M. Soc. Chir.* 24 octobre 1906 p. 840. Rapport d'Hartmann). — MOTEL : Etude sur la tuberculose de l'intestin grêle à forme hypertrophique (*Th. Paris*, 1900, n° 235). NATTAN-LARRIER : Tuberculose primitive du cœcum. (*B. Soc. Anat.* 11 Décembre 1903, p. 887). — NICOLAS et DERCAS : Passage des bacilles tuberculeux, après injection de l'intestin dans les chylifères et le canal thoracique. (*Soc. de biologie*, 19 juillet 1912 p. 987). — PERREVE : Des résultats éloignés des entérectomies pour tuberculeux, iléo-cœcale (*Th. Lyon* 1919-20 N° 103). — PILLIET et THIERRY Contribution à l'étude de la Tuberculose locale du cœcum (*Progrès Méd.* 1894, t. 20, 24 Nov. p. 409). — QUENU et JUBET : Rétrécissements fibreux de l'intestin grêle (*R. de Chir.* 1902 p. 649). — RECLUS : Cliniques chirurgicales de la Pitié. (Paris, Masson 1894. P. 317). — RICHELOT : (formes localisées de la Tub. iléo-cœcale). Discussion sur l'appendicite. (*B. et M. Soc. de Chir.* 1892 p. 238). — CH. RICHEL fils : Etude clinique et expérimentale des entérites (*Th. Paris*, 1911-12 N° 282). — R. RUBESCH : Ein Betrag zur operativen Behandlung der Tuberkulose des Dünn und Dick Darmes (*Beitrag Z. Kl. Chir.* 1909 Bd. 64 p. 281). — ROUTIER : Tuberculose iléo-cœcale. (*B. et M. Soc. Chir.* 1905 p. 657). — SHJOTA : Zur Tumorbildenstenosierenden ileo-cœcal tuberkulose. (*Arch. F. Kl. Chir.* 1908 Bd. 87 p. 982). — TERRIER et GOSSET : De

l'exclusion de l'intestin (*Rev. de Chir.* 1900 t. 22, p. 129, 621 et 739). — TURRIER : Rétrécissement tuberculeux à forme hypertrophique de la fin de l'intestin grêle. (*Presse Méd.* 21 fév. 1900). — WIETING : Beitrag Z. Pathogenese und Anatomie der auf entzündlicher namentlich Tuberkulöser Basis entstandenen Darmstrikturen nebst Bemerkungen zur Frage der Darmtuberkulose vornehmlich in der Tukei (*Deutsche Zeitsch F. Chir.* Bd., 78 p. 341).

